

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN UN HOSPITAL DE LIMA
METROPOLITANA 2018
TESIS**

**PRESENTADO POR:
BACH. TINTA CHURA, ROSA MARTHA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**ASESORA:
MG. ANA MARÍA AMANCIO CASTRO**

**LIMA, PERÚ
2018**

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios que me ha dado la fortaleza necesaria para proseguir en mi camino de la vida y profesional. A mi familia por el amor y apoyo moral.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que han contribuido en mi formación profesional como Licenciada de Enfermería.

A las personas que han colaborado en este estudio, a los pacientes de la unidad de Post Intervencionismo, que sin su colaboración no vice podido realizar la presente investigación.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital Metropolitano. Lima 2018. La investigación de tipo cuantitativa, de método descriptivo y diseño correlacional no experimental, trabajó con 80 pacientes, utilizando como instrumento el cuestionario, validado por juicio de expertos y con un alfa de Cronbach del 0.870 y 0.879. Se concluyo que existe una correlación directa y positivamente entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.662. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula; recomendando al profesional de enfermería realizar, talleres y charlas informativas sobre el beneficio de llevar un estilo de vida saludable y lo perjudicial que este sería si se lleva negativamente con actos nocivos que solo perjudicaría su situación de salud así mismo realizar intervenciones educativas a los pacientes, en función de mejorar su conocimiento sobre los beneficios de los buenos estilos de vida en su enfermedad, mejorando su autocuidado con las herramientas necesarias.

Palabras Clave: Nutrición, Ejercicio, Autocuidado, Hábitos

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between lifestyles and the prevention of complications of patients with arterial hypertension of the Metropolitan Hospital. Lima 2018. Research of quantitative type, method descriptive and correlational nonexperimental design, worked with 80 patients, using as a tool the questionnaire, validated by experts and trial with an alpha of Cronbach of the 0.870 and 0.879. They conclude that there is a correlation directly and positively between the lifestyles and the prevention of complications according to the Spearman of 0.662 correlation. Therefore, the main hypothesis is accepted and rejected the null hypothesis; recommending to the nursing professional performing, workshops and information sessions about the benefit of carrying a healthy lifestyle and how harmful this it would be if it is negatively with harmful acts that would only harm their health situation also carry out educational interventions to patients, depending on their knowledge about the benefits of good lifestyles in their disease, improving your self-care with the necessary tools.

Key words: Nutrition, Exercise.Selfcare, Habits

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	viii

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2.- Definición del Problema	12
1.3.- Objetivos de la Investigación	13
1.4.- Finalidad e Importancia	13

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas	15
2.2.- Estudios Previos	43
2.3.- Marco Conceptual	49

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis	53
3.1.1.- Hipótesis General	53
3.1.2.- Hipótesis Específicas	53
3.2.- Identificación de Variables	53
3.2.1.- Clasificación de Variables	53
3.2.2.- Definición Conceptual de Variables	54
3.2.3.- Definición Operacional de Variables	55

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y Nivel de Investigación	56
4.2.- Descripción del Método y Diseño	56
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	57
4.4.- Consideraciones Éticas.	57

CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos	59
5.2.- Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	60

CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	61
6.2.- Discusión	73
6.3.- Conclusiones	76
6.4.- Recomendaciones	77

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

78

ANEXOS

81

MATRIZ DE CONSISTENCIA

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

INSTRUMENTO

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

DATOS GENERALES

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son pautas y características, hábitos conductuales independientes con los que convivimos, con nuestros valores y normas de vivir el cual es característica propia de cada individuo. Algunas veces la forma de cómo vivimos nos puede llevar a afectar negativamente nuestra salud, hasta afectar nuestro bienestar y calidad de vida. Algunos ejemplos son usar tóxicos, productos engañosos, mal hábito para alimentarnos, la incapacidad para manejar situaciones de tensión, la falta de actividad física moderada y la falta de descanso (Delgado, 2012)

Así mismo al analizar esta problemática de salud es necesario mencionar según la organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud, una de las causas principales de la hipertensión arterial son los estilos de vida poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida, especialmente en la etapa escolar, momento en el cual se definen conductas que repercutirían a lo largo de la vida. Por otra parte, se evidencia que el adulto maduro (45 a 60 años) en algunos casos tiene estilos de vida no saludables que están relacionados con factores económicos, sociales y ambientales, lo que predispone a dietas no saludables, sedentarismo, consumo nocivo de tabaco y alcohol, conformando así el grupo con mayor incidencia de hipertensión arterial. (OMS, 2013)

Es por ello que la investigación se realizó por el interés de conocer como los estilos de vida favorecen o perjudican a una correcta prevención de la hipertensión arterial, y en qué medida. Esto reforzado por las alzas de problemas cardiacos y vasculares en los pacientes y la población en sí, y la vida poco responsable en lo que respecta a la salud del organismo que están llevando, con estilos de vida no favorables como el sedentarismo, el consumo de sustancias nocivas, mala alimentación, etc. Lo cual hace propenso al organismo a muchas dolencias y enfermedades entre ellas a la hipertensión arterial, y en caso ya se padezcan esto perjudicaría su autocuidado y tratamientos, muchas veces debido a la falta de información y en otras una falta de conciencia e instinto de conservación futura.

Cabe mencionar es de vital importancia la participación del profesional de enfermería en la promoción de los estilos de vida saludables ya que en la mayoría de los casos somos nosotros los profesionales de enfermería que tienen un contacto más directo con el usuario o paciente, ejerciendo un carácter educativo en su rol de docente, la hipertensión arterial es una enfermedad que requiere de cambios en los hábitos de vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual, que le permita asumir al paciente y familia los autocuidados en relación a su dieta, actividad física y hábitos nocivos que debe evitar.

En el marco metodológico siguiendo las pautas de los autores (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), con un enfoque cuantitativo y un diseño correlación se busco describir las características principales o indicadores de las variables de estudio, para ello se aplicó un instrumento que consto de 27 ítems con la participación de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que son atendidos en la unidad de Post Intervencionismo en el hospital de lima metropolitana, ubicado en el distrito de Jesús María, luego se cuantifico estos datos obtenidos para su posterior correlación y comprobación de hipótesis.

Siendo el propósito de esta investigación determinar la relación entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial tratando de crear conciencia de la importancia de este cambio conductual y los beneficios que trae a la persona.

Para ello la presente tesis se estructuró de la siguiente manera: El capítulo I abarca los puntos correspondiente al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva operacionalización; en el capítulo IV se presenta la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Con respecto a nivel mundial según el reporte de la organización mundial de la salud las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17,5 millones de muertes por año (lo que representa un 31% de todas las muertes), siendo la Hipertensión Arterial uno de los factores más importantes y frecuentes, así de las 7.4 millones de muertes por enfermedad isquémica, el 49% son atribuibles a un control subóptimo de la presión arterial; y de las 6.7 millones de muertes por Enfermedad Cerebrovascular, el 62% son como consecuencia de un mal manejo tensional; por consiguiente se ha establecido que las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9,4 millones de muertes, muchas de ellas prevenibles. (OMS, 2013)

Cabe mencionar. Se hacen esfuerzos para hacer frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, han cobrado impulso a partir de la declaración política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. La Organización Mundial de la Salud está elaborando un Plan de Acción Mundial 2013-2020, con el fin de definir una hoja de ruta para las acciones encabezadas por los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros de la OMS están consensuando un marco mundial de vigilancia para seguir los progresos en materia de prevención y control de estas enfermedades y sus principales factores de riesgo. Uno de los objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas hipertensas. (OMS, 2013)

En el Ámbito internacional la hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y a 35 millones de personas en los Estados Unidos, su frecuencia se incrementa con la edad, de tal modo que alrededor de 70 años, más de un tercio de la población tiene valores altos de presión arterial debido a las complicaciones. El porcentaje de hipertensos en la población

española entre 36 y 65 años era del 27%, al comienzo de los años noventa, en la actualidad es de 45%, siendo el 68.3% en los mayores de 65 años.

Alrededor del 20% de los adultos sufren hipertensión; en más del 90% de dicha porción son de hipertensión esencial (primaria), quiere decir sin causa médica identificable. En el resto de los pacientes se conocen causas específicas (hipertensión secundaria), como estrechamiento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal, ciertos fármacos, disfunciones de órganos, tumores y embarazo.

Los estudios de las organizaciones internacionales y panamericanas de la salud muestran que entre 20 y 30% de todos los eventos coronarios en los próximos 10 años podrían prevenirse tratando la hipertensión. Y si se controlan otros factores como el alto nivel de colesterol, el tabaquismo y la obesidad se podría eliminar la mayoría de los eventos coronarios en América Latina (OMS, 2013)

En cuanto al plano nacional en el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2014 se encontró 14,8 % de prevalencia de hipertensión arterial en la población de 15 y más años de edad, siendo los varones los más afectados (18,5%) y las mujeres (11, 6%). En Lima metropolitana (18,2%), Selva (11,7%), Sierra (12,2%) (Morí, 2015)

Así mismo según estadísticas nacionales uno de cada cuatro peruanos mayores de 40 años tiene hipertensión arterial, y entre el 50 y 60 por ciento de jóvenes y adultos que lo padecen desconocen su diagnóstico y que este mal puede ocasionar ataques cardíacos, derrames cerebrales y hasta la muerte. (OPS, 2013).

A nivel local en el primer trimestre del año 2018, en hospital de lima metropolitana, en el servicio de pre y post intervencionismo se observó la concurrencia de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al servicio de pre y post intervencionismo, refieren “que le diagnosticaron la hipertensión arterial hace muchos años, que se sienten abandonados porque

viven solos, en una habitación con una pequeña ventana, poca luz, así mismo refieren que se alimentan con productos procesados porque vienen listos para consumir, o ingerir frituras más de una vez por semana, otras veces embutidos porque su preparación es más fácil; refieren también que muy pocas veces salen de casa para caminar, o realizan alguna otra actividad física porque se sienten muy débil cansados; que continúan bebiendo licor o fumado algún cigarrillo al día de vez en cuando o cuando se sienten solos, esta situación ocasiona que algunos de ellos presentan cuadros de cefalea, dolor de pecho, o los resultados de sus controles de sangre se evidencie colesterol o triglicéridos alto.

Es por ello que de acuerdo a lo descrito en los párrafos anteriores se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018?

Problemas Específicos

¿Qué relación existe entre los estilos de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018?

¿Qué relación existe entre los estilos de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018?

1.3.- Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018.

Objetivos Específicos

Identificar la relación que existe entre los estilos de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018.

Establecer la relación que existe entre los estilos en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima 2018.

1.4.- Finalidad e Importancia

Los resultados permiten conocer la relación que existe entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial, así como las enfermedades coronarias, cerebrovasculares y renales. Además, los resultados permiten fundamentar la necesidad de implementar intervenciones educativas dotándolas de mejores recursos, que permitan una atención de calidad e integral a los usuarios del servicio de pre y post intervencionismo con diagnóstico de hipertensión arterial.

Tales intervenciones educativas de enfermería estarían coordinadas, básicamente, por los servicios de Pre y Post-intervencionista y hemodinámica. Del hospital metropolitana, para el seguimiento permanente de los pacientes con hipertensión arterial; y estaría, además, destinado a inculcar en ellos estilos de vida saludables, mediante charlas informativas y actividades físicas y recreativas como las caminatas, paseos al aire libre, etc.

El estudio que se realizó es de importancia en un sentido teórico y en un sentido práctico. En un sentido teórico, pues los resultados a los que se lleguen permitirán dilucidar la relación que existe entre los estilos de vida y la prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, que se pueden generar por la práctica no saludable de dichos estilos, como son las enfermedades tanto coronarias como cerebrovasculares y renales en los pacientes con hipertensión arterial.

En un sentido práctico, los resultados permitirán que el equipo multidisciplinario de especialistas de la salud disponga de mayor información para la elaboración de un programa de prevención y control de la prevención de las complicaciones en pacientes con hipertensión arterial, que permitirá a los pacientes mejorar su calidad de vida, previniendo de futuras enfermedades asociadas a la mala práctica de los estilos de vida

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Estilos de Vida

El estilo de vida, es la forma de vivir de las personas de acuerdo a sus costumbres y creencias. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. Por lo tanto, el estado de salud, suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida en relación a los hábitos, costumbres, modas y valores que inducen a enfermar o a la progresión de la enfermedad. (Tejada, 2011)

En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped. Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud se encuentran: Consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y otras drogas; la falta de actividad física, sin embargo; el estilo de vida saludable es entendido como un el conjunto de comportamientos y hábitos que desarrollan las personas.

Así mismo el autor manifiesta que es de importancia fundamental mantener una vida activa física, mental y socialmente; combatir la tendencia a la inercia, a la pasividad. El movimiento es vida y la inmovilidad acentúa el envejecimiento y conduce a la muerte. Realizar alguna tarea o trabajo de participación útil. Ocuparse de alguna actividad beneficiosa para los grupos de convivencia que proporcione el placer de realizarse y de contribuir al bienestar social. Cultivar alguna afición, tarea o trabajo agradable, gustoso que sea de interés para uno. La realización de tareas creativas, productivas que resulten satisfactorias, mejora el tono emocional y la calidad de vida. (Tejada, 2011)

Mantener activas, entrenadas, las capacidades intelectuales con ejercicios de pensamiento creativo, como, por ejemplo: pensar en varias formas de solucionar un problema, ver una cuestión desde distintos puntos de vista, generar nuevas ideas sobre una cuestión determinada, o imaginar o inventar nuevos modos de usar las mismas cosas; cultivar y mantener buenas relaciones humanas con la gente que nos rodea. Ser creativo en la convivencia: buscar e iniciar nuevas relaciones humanas e idear nuevas formas que cambien y enriquezcan la convivencia cotidiana; realizar un programa de ejercicios físicos diariamente o por lo menos tres o cuatro veces por semana, de una duración de 20 ó 30 minutos (gimnasia, caminatas, etc.) preferiblemente vinculado a grupos cercanos o accesibles que realicen sesiones de tales ejercicios (Torroella, 2007).

En los países subdesarrollados los estilos de vida poco saludables son las que causan la mayoría de enfermedades. El estilo de vida que tiene la persona en sus años previos si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos tendrá problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud. La enfermedad cardiovascular, los derrames cerebrales, las enfermedades crónico degenerativas, el consumo de sustancias nocivas son las primeras causas de muerte en la

mayoría de los países de América, las tasas de morbilidad siguen en aumento en la población y están subiendo por todo el hemisferio.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2016 establece que: En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016. Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la ENAHO del 2014, el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%. Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. (INEI 2016)

El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016, en general se encuentra en un creciente proceso de envejecimiento, existe una tendencia decreciente en cuanto al número y tasa de años de vida. Entre 1990 a 1996 se redujo la pérdida de años debido a una reducción en las enfermedades transmisibles tanto en hombres como mujeres; en la actualidad el país presenta la característica de mosaico epidemiológico, con prevalencia en enfermedades crónicas, degenerativas, en términos generales se están incrementando las enfermedades emergentes y reemergentes (malaria, dengue, multidrogo resistente, violencia social, pandillaje, consumo de drogas; entre otros. Muchos de estos estilos de vida incluyen fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes

saludables en viviendas, trabajos, conductas sexuales, salud mental, el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis. (INEI 2016)

En un estudio el autor Maya. Investigó acerca de los estilos de vida saludable en adultos, definidos como los procesos sociales, tradicionales, los hábitos, conductas, comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, concluyendo que los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y / o de factores protectores para el bienestar. (Maya 2014).

Ahora bien, algunos investigadores han resumido al estilo de vida como un hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. (Pañi, 2014).

Según Orem (2015), en su publicación acerca de la Historia de enfermería plantea que los estilos de vida son: Un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

La autora Orem (2015), plantea la Teoría del Autocuidado, en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Es decir favorecerá la capacidad de autocuidado, permitiendo el sentirse útil con uno mismo y con la sociedad en sí; salud y el control de la causas de las complicaciones como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes; por otro lado la ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, el mantenerse activo ayuda a sentirse vivo, y a disfrutar de un descanso después de haber cumplido las metas del día hará sentir una satisfacción más gratificante; así mismo la comunicación y participación a nivel familiar y social, el relacionarse con los seres queridos más cercanos, con la familia y las personas en entorno desarrolla la parte humana social, despejando la soledad, favorece la accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros, ayuda a la relajación y a relacionarse socialmente; al mismo tiempo que se aprende cosas nuevas, por su lado la seguridad económica, brinda la tranquilidad de poder satisfacer las necesidades básicas del ser humano.

Los estilos de vida desfavorables son los comportamientos, hábitos o conducta que adopta la persona en contra de su salud y en contra de su calidad de vida y estilos de vida (Health System, 2003).

Dimensiones de la Variable Estilos de Vida.

Dimensión Alimentación

Parte importante del manejo es dar pautas de alimentación, estos han sido factores descuidados en la práctica diaria y, sin embargo, son invalorable medidas preventivas que, por sí solas, traerán gran beneficio a las personas, sobre todo al paciente hipertenso, ya que de esta manera disminuyen sus valores de presión arterial.

La alimentación debe ser balanceada de 1800 kcal/día con alto contenido de nutrientes. El consumo insuficiente de frutas y verduras causa cerca de 2,7 millones de muertes por año y está entre los diez principales factores de riesgo que actúan como causa de mortalidad, según el informe sobre salud en el mundo. La importancia de los datos para la salud pública llevó la organización, en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación a promover en todo el mundo campañas para aumentar el consumo de frutas y hortalizas (Carretero, 2002).

El consumo de cítricos, frutas, verduras verde-amarillas, aportan fibra, antioxidantes, agua, vitaminas y minerales que modulan las funciones metabólicas, reducen el envejecimiento celular, regularizan el tránsito intestinal y su consumo previene de enfermedades cardiovasculares. (Arredondo, 2004).

El consumo de frutas y verduras son componentes importantes de una dieta saludable. Un bajo consumo de frutas y verduras está asociado directamente a una mala salud y a una mayor complicación de algunas enfermedades no transmisibles. Se estima que en 2010 unos 6,7 millones de muertes se debieron a un consumo inadecuado de frutas y verduras. Incorporar las frutas y verduras a la dieta diaria puede reducir el riesgo de algunas enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías y determinados tipos de cáncer. También existen algunos datos que indican que cuando se consumen como parte de una dieta saludable baja en grasas, azúcares y sal (o sodio), las frutas y verduras también pueden contribuir a prevenir el aumento de peso y reducir el riesgo de obesidad, convirtiéndose el mejor medicamento para el organismo.

Además, las frutas y las verduras son una fuente rica de vitaminas y minerales, fibra alimentaria y todo un cúmulo de sustancias no nutrientes beneficiosas, como fitoesteroles, flavonoides y otros antioxidantes. El consumo variado de frutas y verduras ayuda a asegurar

una ingesta adecuada de muchos de esos nutrientes esenciales. (OMS, 2018)

Diversos estudios han concluido que la alimentación tiene un rol clave en el aumento de la presión arterial, por lo que en la década del noventa el National Institutes of Health de Estados Unidos desarrolló la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) como estrategia de prevención y tratamiento. Esta dieta consiste en un bajo consumo de sal y de alimentos que la contengan, alto consumo de frutas y verduras, así como el bajo consumo de grasas saturadas, colesterol y azúcares simples. Contempla además la realización de actividad física. Se ha señalado que el consumo de frutas y verduras, tendría un efecto reductor sobre la presión arterial a través del mejoramiento de la función endotelial por su aporte de potasio, magnesio y fibra dietética. (Clinic, 2016)

Las frutas y verduras son un grupo muy variado de alimentos, se recomienda consumir abundante cantidad diaria de verduras, así como incluir frutas durante el día. Se debe dar preferencia al consumo de verduras de hojas verdes, así como frutas y verduras de color amarillo o anaranjado. En general estos alimentos tienen menos poder energético que otros, pero proporcionan una gran cantidad de vitaminas y minerales y contienen fibra, antioxidantes y compuestos fitoquímicos que ayudan a protegernos de enfermedades como la hipertensión. (Clinic, 2016)

En lo que respecta al consumo de sal: Estudios epidemiológicos a nivel mundial sugieren que el consumo de sal es un inductor del aumento de las cifras de la presión arterial y del mantenimiento de una alta prevalencia de hipertensión arterial. Debido a nuestros hábitos, solemos consumir una cantidad de sal generalmente superior a los 12-15 g diarios. Algunos estudios controlados han demostrado que al disminuir el aporte hasta 5-6 g al día, las cifras de presión arterial pueden bajar en unas semanas hasta 4-6 mmHg. Es cierto que no todos los sujetos responden de la misma forma. Menciona la autora (Reyes, 2013)

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición se planteó a finales del año 2008 desarrollar un plan de reducción del consumo de sal en la población, con objetivos concretos de reducción que permitieran alcanzar progresivamente las recomendaciones de la OMS respecto de la ingesta de sal en la población, 5 g./persona/día, y así con dicha reducción en el consumo de sal. Tendría que disminuir la morbilidad mortalidad por hipertensión arterial. Así mismo una de las recomendaciones médicas para los pacientes con hipertensión arterial .es reducir el consumo de sal en su dieta diaria. Por la posibilidad de relación entre la ingesta de sal, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular. (Reyes, 2013)

Así mismo la organización mundial de la salud recomienda para un consumo adecuado de sal. Para los adultos: Consumir menos de 5 gramos (un poco menos que una cuchara de té) de sal por día, Para los niños: ajustar a la baja. Toda la sal que se consume debe ser yodada, es decir «enriquecida» con yodo, lo cual es esencial para un desarrollo sano del cerebro del feto y del niño pequeño, así como para optimizar las funciones mentales en general. Es obvio que la prevención de la hipertensión arterial no depende únicamente de la intervención sobre la ingesta de sal. (Reyes, 2013)

Grasas: Una nutrición correcta podría ser la mejor manera de reducir a un mínimo los efectos del envejecimiento y las enfermedades que con él se asocian. Un estudio realizado en personas de edad mostró que la salud estaba relacionada con la ingestión de nutrimentos y que el índice de enfermedades era más alto en personas cuyo régimen alimentario era bajo en vitaminas y minerales y alto en hidratos de carbono simple y grasas saturadas. La dieta de las personas debe ser equilibrada, pero se le debe poner especial atención a las grasas, las cuales, aunque deben incluirse en pequeñas cantidades, el régimen dietético de muchas de estas personas tiene demasiada grasa. Esta alta ingestión se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. (Reyes, 2013)

La grasa viene en 2 formas: saturada e insaturada. Las grasas saturadas se encuentran en alimentos de origen animal como la carne, leche, queso, huevo y en el aceite de palma y coco. Las grasas insaturadas están en aceite de maíz, cártamo, soya y olivo, entre otros. Las calorías provenientes de las grasas saturadas e insaturadas no deben ser más del 30% y menos del 10% de las calorías totales, a fin de garantizar una ingestión adecuada de grasas sin que aumente el riesgo de la enfermedad. Así mismo El colesterol no suministra calorías ni añade peso corporal. Sin embargo, se asocia con un mayor riesgo de enfermedades del corazón y vasos sanguíneos.

La ingestión de grasas y calorías aumenta o disminuye según la manera como se preparen los alimentos, es decir, si se utiliza manteca de puerco en lugar de aceite y la cantidad que se utiliza, lo cual puede o no propiciar la obesidad en personas de edad. El exceso del consumo de grasa saturada y colesterol, así como el tabaquismo, alcoholismo, la diabetes, la obesidad, etcétera, pueden ocasionar enfermedades cardiovasculares, los cuales son la principal causa de muerte en muchos países, ya que el exceso de estas sustancias reducen el flujo sanguíneo y por lo tanto el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos, principalmente cuando se acumulan depósitos de grasa en los vasos sanguíneos, la obstrucción de vena sanguínea aumenta la probabilidad de algún infarto cardíaco o un accidente cerebrovascular. (Velásquez, 2014).

Así mismo en la última recomendación por la Asociación Americana del Corazón, las grasas saturadas como la mantequilla y el aceite de coco deben evitarse con el fin de reducir el riesgo de padecer enfermedades del corazón, además afirma que reemplazar las grasas saturadas con grasas poliinsaturadas como la margarina y los aceites vegetales podría reducir hasta en un 30 % el riesgo de padecer enfermedades cardiacas, casi al igual que las estatinas. En la versión actual de la pirámide alimenticia del Departamento de Agricultura de los

Estados Unidos más o menos eliminó todas las grasas, con excepción de una pequeña cantidad de lácteos bajos en grasa. (Pañi, 2014).

Dimensión Actividad Física

Se considera a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física abarca actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. (OMS, 2018).

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud.

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física; a ello se añade que, según las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad. Siendo tema fundamental es la actividad física, que influye favorablemente en los músculos aportando mayor fuerza, resistencia y elasticidad; en los huesos aumenta la masa ósea, se fortalecen los ligamentos y cartílagos; en el corazón refuerza las paredes del corazón, aumenta su masa muscular, mejora la circulación; en la respiración,

mejora la actividad respiratoria; en el metabolismo, aumenta las cifras de HDL (colesterol bueno), desciende las cifras de LDL (colesterol malo).

Evitar el sedentarismo, debe de iniciarse una actividad física indicados, los ejercicios aeróbicos asociados a ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento muscular y relajación diaria, por lo menos tres veces a la semana; se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea (Arredondo, 2004).

Las personas atléticas de 55 a 75 años tienen valores de densidad ósea en radio y columna vertebral igual a las mujeres mayores de 50 años no atléticas; estudios similares sugieren la importancia del ejercicio para evitar la pérdida ósea sugiriendo antes del inicio de la menopausia y andropausia.

Así mismo algunos estudios sostienen la importancia de realizar actividad física durante la adolescencia, no solo por sus efectos beneficiosos en la salud física (como prevención de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes tipo II, entre otras patologías), sino también en los resultados referidos a la salud mental y la autoestima. Y además porque favorece la vida social y la percepción de la imagen corporal. Es importante acompañar una buena rutina de actividad física con la correcta alimentación. (Rolón, 2015)

El control médico anual es de sumo valor, pues detecta de forma precoz enfermedades degenerativas, un diagnóstico completo, densitometría ósea y un perfil coronario para determinar riesgo isquémico. También la consejería para un estilo de vida apropiado; el cuidado de la salud de toda persona es de suma importancia y en esta etapa exige una conducta vigilante en realizar controles periódicos.

Se recomienda el control de la presión arterial para todas las personas adultas, es conveniente para detectar la hipertensión arterial; además de la edad y la carga hereditaria; el aumento de la tensión

arterial que tiene lugar tras la menopausia y andropausia, se debe fundamentalmente al déficit hormonal tanto en hombres como en mujeres. (Rolón, 2015)

Deporte: Así como la caminata trote aeróbico regular con las siguientes características: Duración: empezar con sesiones de 15 minutos que gradualmente se pueden ir alargando hasta alcanzar al menos 30 minutos. Frecuencia: 4 a 5 veces por semana, de ser posible diariamente. De Intensidad moderada, es decir cercana a un 50-60% de la capacidad máxima de un individuo, lo que equivale aproximadamente a la intensidad en la cual se puede hacer la actividad y hablar normalmente sin voz entrecortada. (Rolón, 2015)

Aeróbico y trote. Son actividades que oxigenan el organismo, y así de esa forma prácticamente todo el cuerpo y sin mayores interrupciones; entre ellas: Caminatas, trotar, nadar, bailar, montar en bicicleta, gimnasia rítmica, patinaje, etc. En lugares preferiblemente en espacios abiertos, bien iluminados y aireados. A cualquier hora que sea conveniente para las obligaciones de la persona, pero pueden preferirse por razones de temperatura las horas en que el clima esté fresco. Complementando actividades recreativas y deportes de moderada exigencia física, tales como caminatas en el campo, jardinería, deportes de raqueta, etc. también acompañar este programa de ejercicios con un plan de alimentación saludable y revisar regularmente el peso corporal, el cual se espera que vaya disminuyendo gradualmente en los casos en que existe un exceso de grasa corporal. no es recomendable los ejercicios de fuerza y los aparatos de gimnasio que demandan grandes esfuerzos especialmente de los brazos, e incluso deben ser evitados, especialmente por quienes tienen cifras de presión muy altas o sufren padecimientos cardíacos.

La actividad física más recomendable como el aeróbico es útil para evitar y controlar la obesidad, además disminuye la intolerancia a la glucosa. Son múltiples los efectos del ejercicio en todo el organismo,

pero en particular en el aparato circulatorio; al practicarlo se incrementa de inmediato el contenido de oxígeno arterial mejorando la eficiencia de la distribución y el retorno de la sangre periférica (sangre que circula por todo el cuerpo) y la circulación general, en particular la del corazón, el cual aumenta la capacidad de contracción, la vascularización coronaria colateral se realiza mejor y aumenta el tamaño de los vasos sanguíneos. El mecanismo de adaptación al ejercicio trae como consecuencia la disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. (Rolón, 2015)

Caminata: Es conveniente efectuar después de un periodo de Hipertensión Arterial en descanso y no inmediatamente después de una actividad de cualquier tipo que produzca fatiga y no es recomendable hacerlo después de una comida abundante. Tendrá que comenzar con 5 o 10 minutos y vigilar con mucho cuidado como se siente, si no presenta problemas hay que aumentar el tiempo de la caminata poco a poco, hasta llegar a realizar de 30 a 45 minutos de caminata al día. En caso de que presente algún tipo de problemas como el dolor, falta de aire, palpitaciones, mucha fatiga, ganas de volver el estómago entre otros, hay que suspender inmediatamente el ejercicio y acudir al médico. No son recomendables los ejercicios aeróbicos (levantamiento de pesas, carreras rápidas o deportes de intensidad controlada) porque elevan la presión arterial. (Gordon y Gualotuña, 2015).

2.1.2 Prevención de Complicaciones de la Hipertensión Arterial

Es un conjunto de procedimientos y medidas que se aplican para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. (Salud, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) define 3 niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad,

según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas.

La hipertensión arterial es un enemigo interno que actúa en forma oculta, produce pocos síntomas y muchas veces cursa de manera asintomática. Entre sus complicaciones agudas, se encuentra la emergencia hipertensiva, caracterizada por aumentos bruscos de la presión arterial, casi siempre por encima de 220/130 mm Hg, acompañada de trastornos de los órganos diana. Estos pacientes se ingresan en salas de cuidados intensivos ante el grave riesgo de muerte que presentan a causa de encefalopatía hipertensiva, hemorragia cerebral, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta (dilatación que puede romperse y producir una hemorragia masiva fatal) y, en mujeres embarazadas, eclampsia. La presión arterial debe bajarse en 1-2 horas con medicamentos parenterales (en vena). (Escobar, 2015).

La hipertensión arterial puede afectar a largo plazo casi todos los órganos y sistemas del organismo, sus efectos sobre el corazón se encuentran entre los más peligrosos. El corazón es una bomba que envía la sangre a todos los tejidos; cuando trabaja con hipertensión arterial se contrae con más fuerza, lo que origina dilatación e hipertrofia (aumento de tamaño). La hipertrofia cardíaca es un "arma de doble filo" que provoca, primero un aumento en la fuerza de contracción y luego una insuficiencia cardíaca al ser incapaz el corazón de suministrar los nutrientes y el oxígeno que requieren las células. Esta complicación denominada cardiopatía hipertensiva lleva irremediablemente a la muerte del paciente si no se atiende adecuadamente en sus inicios (Escobar, 2015).

Así mismo (Mercola, 2018) Señala y detalla sobre los órganos cuya estructura y función se ven alterados a consecuencia de la hipertensión arterial no tratada o no controlada se denominan «órganos diana» e

incluyen el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones, principalmente. La asociación entre la presión arterial y el riesgo de cardiopatías, infarto agudo de miocardio, derrame cerebral y enfermedades renales es independiente de otras complicaciones de riesgo. Por ejemplo, en individuos comprendidos entre las edades de 40 y 70 años de edad, cuando la presión arterial se encuentra entre 115/75 a 185/115 mmHg, cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica o de 10 mmHg en presión diastólica duplica el riesgo de aparición de alguna de estas enfermedades. (Mercola, 2018)

La hipertensión puede ser el primer signo, y el más fácil de medir, que indique que muchos órganos en el cuerpo están siendo atacados y corren el riesgo de sufrir lesiones. El reconocimiento precoz de lesiones, y el control y tratamiento de la hipertensión arterial, pueden retrasar el avance de las enfermedades cardiovasculares generadas por esta. Considerando que Los principales órganos a los que afecta la hipertensión arterial son: el corazón, los riñones, el cerebro y las arterias. En el corazón. La presión arterial alta no controlada a lo largo del tiempo puede conducir a una insuficiencia renal, que puede requerir diálisis. En el caso de los riñones y así sucesivamente va afectando a distintos órganos. Como es lógico, cuando ya existe una lesión orgánica en los tejidos (cerebro, corazón, riñón y vasos sanguíneos) el pronóstico es peor. Se pueden desarrollar enfermedades graves y que pueden provocar la muerte. En general, a más tiempo de evolución y peor control de la presión arterial, más posibilidades de que exista lesión en esos órganos. Describió el autor. (Mercola, 2018).

Valores Normales y Elevados de Tensión Arterial

Tabla de Mercola (2018)

	Sistólica		Diastólica		Sistólica		Diastólica	
	HOMBRE		HOMBRE		MUJER		MUJER	
Edad	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta
16-18	105-135	145	60-86	90	100-130	140	60-85	90
19-24	105-140	150	62-88	95	100-130	140	60-85	90
25-29	108-140	150	65-90	96	102-130	140	60-86	92
30-39	110-145	160	68-92	100	105-140	150	65-90	98
40-49	110-155	170	70-96	104	105-155	165	65-96	105
50-59	115-165	175	70-98	106	110-170	180	70-100	108
60...	115-170	190	70-100	110	115-175	190	70-100	110

Por la importancia de las lesiones orgánicas se dividen en: Fase I, II y III.

Fase I. No se aprecian signos objetivos de alteración orgánica.

Fase II. Aparecen, por lo menos, uno de los siguientes signos de afección orgánica: La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es detectada por rayos X, electrocardiograma y ecocardiografía; estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas; proteinuria y ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma o uno de ellos.

Fase III. Aparecen síntomas y signos de lesión de algunos órganos a causa de la hipertensión arterial en particular: Corazón: Insuficiencia ventricular izquierda (VI); encéfalo: Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico: Encefalopatía hipertensiva; fondo de ojo: Hemorragia y exudados retinianos con o sin edema papilar. Estos son signos patognomónicos de la fase maligna (acelerada).

Hay otros cuadros frecuentes en la fase III pero no tan claramente derivados de manera directa de la hipertensión arterial, estos son: Corazón: angina pecho; infarto agudo de miocardio (IMA); encéfalo: trombosis arterial intra craneana; vasos sanguíneos: aneurisma disecante, arteriopatía oclusiva; riñón: insuficiencia renal.

Según la etiología la hipertensión arterial se clasifica en las siguientes:

Hipertensión Arterial Esencial o Primaria: Cuando no existen causas fisiológicas de origen conocido.

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial esencial no complicada leve. Sin afección al órgano diana, suele presentarse de forma asintomática y diagnosticar es de casualidad. En sus síntomas más resaltantes son las cefaleas. los pacientes desconocen que son hipertensos el dolor suele localizarse fronto occipital y a diferencia en la hipertensión arterial grave el dolor suele localizarse en occipital el dolor es constante otro síntoma clásico es el zumbido en los oídos, epitaxis o mareos.

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial complicada .la sintomatología suele ser crónica con hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva y las complicaciones a nivel del sistema nervioso pueden llegar hasta accidente cerebro vascular, hemorragia cerebral. Siendo la principal causa la hipertensión arterial (Castells, 2017)

Hipertensión Arterial Secundaria: Se debe a una gran variedad de causas. Se trata de una manifestación de otra patología. Según la enfermedad, los mecanismos que contribuyen a la patogenia de la hipertensión arterial varían desde efectos hormonales sobre la musculatura lisa vascular a cambios en la hemodinámica. En la mayoría de los casos la hipertensión secundaria se debe a enfermedades renales o tiene su origen en trastornos endocrino metabólicos con alteración en la

producción de hormonas como la estimulante del tiroides, tiroideas, aldosterona, glucocorticoides o mineralocorticoides (López, 2006).

Órganos que Afecta la Hipertensión Arterial

Dentro del conjunto de órganos lesionados por la hipertensión arterial cuya estructura y función se ven alteradas. Se denominan órganos diana. Dentro de las complicaciones Incluyen el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones.

Cardiacas: produce Hipertrofia ventricular izquierda: en inicio hay engrosamiento parietal sin incremento de la masa ventricular total (remodelado concéntrico); luego se desarrolla franca hipertrofia concéntrica, que podría llegar a fase dilatada (hipertrofia excéntrica).

Fibrosis miocárdica, como parte del proceso de hipertrofia, con deterioro de la distensibilidad parietal y de las propiedades viscoelásticas del miocardio contráctil.

Isquemia microvascular coronaria, principalmente por rarefacción de la red capilar y disfunción endotelial de los vasos remanentes.

Disfunción diastólica ventricular izquierda, a consecuencia de isquemia, hipertrofia y fibrosis ventricular, que conducen a anomalías regionales y globales de la relajación y, en fases más avanzadas, de la distensibilidad.

Disfunción sistólica ventricular izquierda, con caída de la fracción de eyección ventricular izquierda (el porcentaje de toda la sangre que, habiendo llenado el ventrículo en diástole, es bombeada de manera efectiva fuera de la cavidad).

Insuficiencia cardíaca congestiva global; como consecuencia de la falla ventricular izquierda hay además compromiso secundario del

hemicardio derecho, con dilatación de cámaras e hipertensión arterial pulmonar secundaria.

Valvulopatías calcificadas degenerativas de hemicardio izquierdo, en especial de las válvulas mitral (insuficiencia) y aórtica (estenosis o insuficiencia). (Meléndez, 2011).

Sistema Nervioso Central: Por su parte el autor (Meléndez, 2011). Menciona que la hipertensión arterial persistente puede causar un accidente cerebrovascular trombótico o embólico, infartos o un accidente cerebrovascular hemorrágico con hematoma intracerebral, entre otros. Tanto la presión sistólica y diastólica elevadas son perjudiciales; una presión diastólica de más de 100 mmHg y una presión sistólica de más de 160 mmHg han dado lugar a una incidencia significativa de enfermedades cerebrovasculares. Otras manifestaciones de la hipertensión incluyen la encefalopatía hipertensiva, lesiones microvasculares cerebral y la demencia de origen vascular como consecuencia de múltiples infartos del sistema nervioso central.

Renales: Tal es el caso del marcador temprano de nefropatía y factor independiente de riesgo de morbilidad cardiovascular, fibrosis tubulointersticial del parénquima renal.

Glomeruloesclerosis focal y difusa con pérdida de nefronas, como consecuencia de hipertensión intra glomerular crónica.

Isquemia renal crónica debida a aterosclerosis acelerada de las arterias renales.

Infarto renal, por ateromatosis de arterias renales o embolia. Reducción de la tasa de filtrado glomerular, por la pérdida de masa de nefronas funcionales, proceso progresivo que se ve acelerado en hipertensos y más aún en presencia de diabetes mellitus, Insuficiencia renal crónica como evento terminal. (Meléndez, 2011).

2.1.1.- Dimensiones de la Variable de Prevención de Complicaciones de la Hipertensión Arterial

Dimensión Prevención de Complicaciones Vasculares:

La prevención de las complicaciones de la enfermedad de hipertensión arterial tiene por finalidad evitar el desarrollo de otras enfermedades como las cardiovasculares, renales, diabetes mellitus tipo 2. Según los autores (Vicco, César, Cánaves, Musacchio, 2011).

Según la (OMS, 2013). Prevención y el control de las complicaciones de la hipertensión arterial son complejos y demandan la colaboración de los profesionales de la salud. Incluido los gobiernos, las instituciones académicas, la industria de alimentos y bebidas. siendo un momento de acción concentrada, programas integrados en materia de enfermedad no transmisibles, ejecutados a través de un enfoque de atención primaria, sean asequibles y permitan a los países a combatir la hipertensión arterial.

Las Enfermedades Cardiovasculares

Según la OMS estima que las enfermedades cardiovasculares vienen a ser responsables del 60% de muerte en todo el mundo siendo así la principal causa de gasto en la salud. Además, pronostican que constituirá la principal causa de discapacidad para el año 2020. (INEI 2011).

Algunos autores mencionan que la prevención de enfermedad cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica, está basada en lograr un mejor control posible de las causas de riesgo tradicionales, en vista de que el riesgo cardiovascular aumenta al disminuir la velocidad de filtración glomerular estimado, la prevención de la enfermedad renal crónica siendo el principal objetivo. Tan solo así se

puede reducir el riesgo a llegar a una diálisis o trasplante, del mismo modo reducir el riesgo cardiovascular. (Orosco, 2015)

Entre las prevenciones de complicaciones vasculares se presentan las siguientes medidas

Control de Presión Arterial:

Es importante la medición de la presión arterial para un diagnóstico diferencial, el monitoreo de la presión arterial. Está indicado para aquellos pacientes de quienes se sospecha de un mal control de su presión arterial (ejemplos ganancia de peso significativo ,inter diálisis) y en el diagnóstico de la hipertensión nocturna además nos permitirá conocer la carga de la presión sistólica que se relacionan con el desarrollo de la hipertensión ventrículo izquierdo ,otra alternativa para estos pacientes es el control de la presión arterial en domicilio que también nos demuestra su valor como método de diagnóstico y en estimar pronóstico. (Orosco, 2015).

En este caso es necesario mencionar que Los monitoreos en casa hechos en muñeca de la presión arterial no son válidos. El paciente debe de estar tranquilo durante al menos 5 minutos, con el brazo relajado y apoyado en una mesa, para que este esté a la altura del corazón y la espalda apoyado sobre el respaldo del asiento. No debe tomar café ni fumar 30 minutos previos así evitar los estímulos adrenérgicos. (Castells, 2017)

Control de Colesterol:

Con referencia al control del colesterol el propósito principal es el control del colesterol LDL (cLDL). Para los pacientes con muy alto riesgo cardiovascular la finalidad es alcanzar un cLDL<70 mg/dl. (Aplicable para los que tengan un basal de LDL>135 mg/dl). De forma alternativa y

si el cLDL basal está entre 70 y 135 mg/dl, debe obtenerse una reducción del mismo de al menos 50%, lo que debe dar Los valores finales tras el tratamiento de 35 -68 mg/dl. Para los pacientes con alto riesgo cardiovascular él fin debe ser alcanzar un cLDL<100mg/dl. (Aplicable a los pacientes con cLDL basal >200mg/dl) o, si su valor basal está entre 100-200 mg/dl, alcanzar una reducción del mismo de al menos un 50%, lo que daría unos valores finales de 50-100 mg/dl de cLDL. En los pacientes de riesgo cardiovascular bajo o moderado, indica que debería alcanzarse un cLDL <115 mg/dl.

Además, la dieta es importante, la base fundamental para alcanzar estos objetivos terapéuticos, especialmente en los pacientes de alto o muy alto riesgo, son los fármacos hipolipemiantes. Las estatinas utilizadas a la dosis mayor recomendada o la dosis mayor que tolere el paciente para alcanzar el objetivo necesario en cada caso son la base esencial del tratamiento. En el caso de que exista intolerancia a las estatinas, debería considerarse la utilización de ezetimiba o secuestradores de los ácidos biliares, o la combinación de ambos. Si no se alcanzan objetivos terapéuticos con las estatinas, debería considerarse su asociación con ezetimiba, aunque también puede considerase su asociación con un secuestrador de ácidos biliares. Así mismo. Con respecto a los triglicéridos, debería considerarse el tratamiento con fármacos (fibratos, omega 3) cuando en los pacientes de muy alto riesgo o los niveles sean >200 md/dl. (Rodríguez, 2016)

Control de Glucosa:

Evidentemente la relación estrecha de sociedad entre la hipertensión y la diabetes .no es producto de azar sino se debe a que existen mecanismos comunes para ambas enfermedades. Siendo que las personas con hipertensión arterial tienen un aumento de desarrollar diabetes tipo 2, si bien no se ha demostrado que la hipertensión arterial provoca diabetes. Pero si es claro que bajar la presión arterial disminuye el riesgo a desarrollar diabetes. Además, la hipertensión arterial puede

aumentar el riesgo de complicaciones de la diabetes, tales como problemas en los ojos y problemas cardiovasculares. Todas estas razones deben llevar a medidas a seguir. Y evitar las complicaciones se debe de tomar la glucosa en sangre en ayunas, evitar el exceso de peso, y mantener una alimentación adecuada. (Geo salud, 2018)

Control de Ingesta de Alcohol:

Con respecto al consumo de alcohol en mayor parte de los estudios se han demostrado el incremento de riesgo de padecer hipertensión arterial. Que ocurre del consumo de a partir de 30g /día de alcohol puro lo cual sugiere que los que pasan el umbral de 30 g/día de alcohol. La prevalencia de hipertensión arterial es mayor a los consumidores ligeros de alcohol. Además, el alto grado de consumo de alcohol se asocia directamente con el accidente cerebro vascular hemorrágico. Por ello es recomendable el consumo de cantidades moderadas de alcohol. (Castells, 2017)

Control de Ingesta de Tabaco:

El abandono y el control del consumo de tabaco es una recomendación obligada para los enfermos hipertensos. El personal de salud (médicos, farmacéuticos, enfermería) debe insistir en el cumplimiento de esta medida con el objeto de disminuir el riesgo cardiovascular, particularmente el de la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular. Su aplicación, al igual que las demás medidas no farmacológicas, debe ser paulatina y con la ayuda de los medios de soporte necesarios para garantizar su cumplimiento. Todo ello adquiere una relevancia especial en nuestro país, que exhibe una de las tasas de fumadores más altas de los países occidentales y determina que la lucha anti tabáquica se haya convertido en uno de los objetivos prioritarios de salud pública. (Lozano, 2001).

Control Médico Selectivo:

Otra tarea prioritaria de los estudios epidemiológicos poblacionales se deduce que, cuanto mayores son los niveles de presión arterial, mayor es la gravedad y la afección del órgano diana esto no siendo totalmente exacto. Cuando se aplica de manera individual a cada paciente. Una evaluación adecuada al paciente con hipertensión arterial nos va permitir seleccionar de forma individual la mejor pauta terapéutica y adecuarla al perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente con el objetivo de reducir la morbi mortalidad. La importancia de la evaluación selectiva debe ir a los objetivos de: confirmación del diagnóstico de hipertensión arterial, descartar la causa de la hipertensión arterial, identificar la coexistencia de otros factores de riesgo vascular, identificar la coexistencia de otras enfermedades, identificar la existencia de afecciones orgánicas. (Castells, 2017).

Dimensión Prevención de Complicaciones Renales:

Según la revista National Kidney Foundation define :La hipertensión arterial es la causa principal de la insuficiencia renal crónica .con el pasar del tiempo la hipertensión puede dañar vasos sanguíneos que circulan por todo el cuerpo .esto puede reducir el suministro de sangre a órganos importantes como los riñones .la hipertensión daña también .las diminutas unidades filtrantes de los riñones .en consecuencia los riñones pueden dejar de eliminar los líquidos extras de la sangre .El líquido extra en los vasos sanguíneos pueden aumentar la presión arterial aún más. Así mismo mencionan que. La hipertensión puede ser también una complicación de la insuficiencia renal crónica. Los riñones juegan un papel fundamental para mantener la presión arterial en un nivel saludable. Los riñones enfermos son menos capaces de la ayudar a regular la presión arterial. En consecuencia, la presión arterial aumenta. (National Kidney Foundation, 2007).

El control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular es una medida efectiva para prevenir el desarrollo de enfermedad renal crónica y evitar su progresión (Manzur, 2010)

Así mismo es necesario mencionar que La enfermedad renal crónica es definida por la presencia de daño renal (por un periodo mayor a 3 meses, evidenciado por alteraciones de la función renal volumen de filtrado glomerular (VFG) medido $<60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) o presencia de marcadores de daño renal (anormalidades de sedimento urinario o anormalidades estructurales detectadas por medio de estudios por imágenes o biopsias que documente anormalidades (Manzur, 2010).

Así mismo se considera necesario:

Ingesta de Líquidos:

En este caso de la enfermedad renal es necesario el estricto control de la ingesta de líquidos. La cantidad de la ingesta de líquidos varía según el estadio de la enfermedad renal por lo tanto la ingesta tendrá que ser adecuada a la necesidad de cada paciente, teniendo en cuenta si mantiene o no la diuresis y la cantidad de la misma. (Toledo, 2013)

Ingesta de Alimentos Ricos en Potasio:

las investigaciones han demostrado que el consumir una dieta rica en potasio disminuye el riesgo de la presión arterial, demostrando que algunos estadios se han encontrado una reducción del 60% de riesgo cardiovascular en individuos que consumen 1g de potasio al día en forma de suplemento en comparación en individuos similares que no consumían ese suplemento de potasio. Además, los expertos recomiendan que es mejor consumir el potasio en su fuente natural. Este mineral se encuentra en la mayoría de frutas y verduras. Así mismo señalamos los ejemplos que si se consume 2 tomates y una ración de espinacas proporcionan 1 g de potasio al día. (Frenk, 2002).

Ingesta de Grasas Poli insaturadas:

Al respecto las grasas poliinsaturadas es una grasa dietaría, un tipo de grasa saludable junto a la grasa monoinsaturado. La grasa poliinsaturada se encuentra en los vegetales y en algunas nueces semillas, la grasa poliinsaturada es diferente a la grasa saturada y la grasa trans. Estas grasas son poco saludables pueden aumentar el riesgo cardiovascular y otros problemas de salud, las grasas poliinsaturadas ayudan a disminuir el colesterol LDL (malo). El colesterol es una sustancia suave y cerosa que puede causar bloqueo de las arterias. Tener niveles bajos de colesterol LDL reduce el riesgo de enfermedad cardiaca. Los beneficios de los ácidos grasos de omega- 3. Ayudan a reducir los triglicéridos, reducir las arritmias, detener la acumulación de placas en las arterias, bajar ligeramente la presión arterial. Los beneficios de ácidos grasos omega -6. Ayuda a controlar el azúcar en sangre, evitando el riesgo a padecer diabetes, reduce la presión arterial. Siendo así resultan claro los beneficios de las grasas poliinsaturadas. (Tango, 2016)

Control del Índice de Proteinuria/Creatinina:

Como una medida preventiva los pacientes con hipertensión arterial tienen que controlarse anualmente en busca de una enfermedad renal, métodos de detección precoz de enfermedad renal:

El objetivo fundamental es la detección precoz y la prevención de la proteinuria por ello es importante detectar en forma temprana la enfermedad renal. La proteinuria positiva en dos muestras de orina es el marcador más importante y precoz del daño renal debe buscarse en los pacientes con factores de riesgo independientemente de su función renal La proteinuria debe medirse por medio del índice urinario proteína/creatinina (no diabético) o albúmina /creatinina(diabéticos) (Manzur, 2010)

Cuando un paciente tiene daño renal presenta una índice proteína/creatinina >300 mg/g o albúmina /creatinina >30 mg/g en al menos dos muestras aisladas de orina.

Dieta Hipocalórica:

Disminuir el aporte calórico de la dieta, aumentando la riqueza de la fibra. Al disminuir las calorías se produce la reducción de peso el cual va prevenir el desarrollo de la hipertensión arterial, reduce la presión arterial en hipertensos con sobrepeso (1 mm Hg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido), disminuye las necesidades de medicación antihipertensiva en hipertensos bajo tratamiento farmacológico y tiene efecto favorable sobre los factores de riesgo cardiovascular asociados (enfermedad renal, insulina resistencia, diabetes mellitus, hiperlipemia o hipertrofia ventricular izquierda).

Se deben evitar Los azúcares refinados: como la glucosa, sacarosa y fructosa no deben superar el 10% del Valor Calórico Total de la dieta.

De la dieta diaria es importante eliminar los alimentos de alto contenido calórico: dulces, cremas, pasteles, helados, bollería industrial y galletas en general, salsas, etc. También reducir la grasa, sobre todo las saturadas (embutidos, carnes grasas, quesos grasos, nata o leche entera). Evitar los alimentos procesados industrialmente. Margarinas sólidas y semisólidas. Es beneficioso utilizar aceite de oliva entre 30 a 40 ml al día. Aumentar alimentos ricos en fibra (verduras, hortalizas, frutas, legumbres y cereales preferentemente integrales). (Martínez, 2010).

2.1.3 Teoría de Enfermería

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Explica de concepto. El Modelo de promoción de la salud integra las perspectivas de Enfermería y las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en la salud y motivan a los individuos a realizar comportamientos dirigidos a la ampliación de la salud.

El modelo de promoción de la salud integra tres categorías: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y el resultado conductual.

Características y experiencias individuales: Cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes.

Cogniciones y efecto específico de la conducta: Esta categoría de variable dentro del

El modelo de promoción de la salud es considerado de mayor significación motivacional, constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería (Pupiales, 2012).

Resultado Conductual: Esta categoría incluye los siguientes conceptos: El compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, implica los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar dados y con personas específicas o solos. Sin importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

La conducta promotora de salud es el punto final o resultado de la acción en el Modelo de Promoción de Salud, está básicamente dirigida

al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud, particularmente cuando están integradas a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida (Aguilar, 2013).

2.2.- Estudios Previos

Después de una minuciosa revisión bibliográfica se han encontrado pocos estudios a nivel nacional e internacional que contemplen conjuntamente las variables de este estudio. Sin embargo, se mencionan a continuación algunas investigaciones que tratan por separado cada una de las variables propuestas aquí.

2.2.1 Estudios Previos Nacionales:

Leyva (2017), realizó un estudio sobre “Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el Consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra, 2017”, Lima-Perú. Teniendo por objetivo determinar el automanejo en adultos hipertensos del consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra. El automanejo en pacientes con hipertensión arterial involucra no sólo la responsabilidad y autonomía de éstos, sino su toma de decisiones asertivas sobre cómo manejar su enfermedad en lo referente a mejorar sus conocimientos, lograr la adherencia al tratamiento y manejar los signos y síntomas de la enfermedad. Metodología: Estudio realizado fue enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 60 pacientes con hipertensión arterial; se empleó el instrumento de automanejo. Partners in health Scale. Resultados: El automanejo de los pacientes hipertensos fue regular en un 63%, y deficiente 34% y tan solo 3% adecuado. Según las dimensiones, los

pacientes afectados con hipertensión arterial mostraron un nivel de automanejo regular en las dimensiones conocimiento 93%, manejo de signos y síntomas 88% y adherencia al tratamiento 79%. El nivel bajo de automanejo se registró primero en adherencia al tratamiento 22%, manejo de signos y síntomas 10% y conocimiento 5%. Conclusión: La mayoría de pacientes hipertensos presentó un nivel de automanejo regular.

Cáceres (2016), en su investigación “Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield”. Lima – Perú. Tuvo por objetivo determinar el estilo de vida del paciente del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara, entre los meses de Abril – Julio 2014. Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal se realizó con una muestra de 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física. Los resultados se presentan en gráficos; se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo, el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

Zela y Mamani (2015), en su investigación acerca de “Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015”. Juliaca-Perú. Teniendo por objetivo determinar la relación entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores. El diseño de la investigación es de tipo no

experimental, corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 103 adultos mayores de 60 a 90 años de edad a quienes se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida. Nola Pender, adaptada, que consta de 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 22. Resultados. El 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21,4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6 % saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable. Conclusión. Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una moderada correlación indirecta ($\rho = -.408$) y significativa ($\text{Sig.} = .000$); es decir, a mejor estilo de vida menor grado de hipertensión arterial.

Velásquez (2014), estudió sobre “estilos de vida y estado nutricional del adulto Mayor”, Chimbote-Perú. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del pueblo joven 2 de mayo -Chimbote. La investigación fue cuantitativa, de corte transversal de nivel aplicativo con diseño descriptivo correlacional, aplicada a una muestra de 77 adultos mayores, que residen en el pueblo joven 2 de Mayo Chimbote, a quienes

se les aplicó tres instrumentos : la escala de estilo de vida, aplicados a través de la técnica de la entrevista , la Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica según Índice de Masa Corporal para el adulto mayor de 60 años a más elaborado por el Ministerio de Salud y la Ficha de valoración nutricional del adulto mayor elaborado por la especialista del departamento de metodología de la investigación Silva. Las conclusiones entre otras fueron: “Más de la mitad de los adultos mayores del pueblo joven 2 de mayo, presentan un estilo de vida no saludable. En relación al estado nutricional de los adultos mayores en el pueblo joven 2 de mayo, encontramos que, la mayoría presentan un estado nutricional normal, seguido de un porcentaje significativo de más de delgadez y una mínima parte con sobrepeso. No hay relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el pueblo joven 2 de mayo del distrito de Chimbote. Al aplicar la prueba del Chi Cuadrado.

Fanarraga (2013), en su investigación del autor sobre “Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud”, Lima – Perú. Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo del corte transversal. La investigación se realizó en el consultorio de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud; la población fueron los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se investigó una muestra de 130 pacientes de ambos sexos y residentes en la ciudad de Lima. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas sobre conocimientos de hipertensión arterial en los pacientes adulto y prácticas de autocuidado en el domicilio. Se obtuvieron los siguientes resultados: el mayor porcentaje 99% conocen los alimentos que debe de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98 %

conocen que deben de realizar caminatas durante el día, el 94% conocen que debe de descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo y el 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad. En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada conteniendo frutas y verduras. La investigación se realizó entre el mes de enero y febrero del 2013 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Conclusiones: El mayor porcentaje de los pacientes conocen sobre los valores de la hipertensión arterial, el daño que la hipertensión ocasiona a otros órganos, la importancia de la caminata durante el día, importancia del descanso, signos y síntomas de la hipertensión y dieta baja en sal; el mayor porcentaje de los pacientes desconocen que la hipertensión se agrava a través del tiempo, la edad y la obesidad; un porcentaje significativo desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que sus efectos son irreversibles; existe relación significativa entre las variables de conocimiento y la aplicación de prácticas de autocuidado.

2.2.2 Estudios Previos Internacionales:

Gordon y Gualotuña (2015), en su investigación sobre “Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí en el periodo julio-diciembre 2014”, Quito-Ecuador. El objetivo de este estudio es determinar la relación de estilos de vida con la Hipertensión Arterial de los pacientes que acudieron al centro de salud de Pujilí de Julio a diciembre 2014. El presente estudio es de corte transversal, se consideró la edad, sexo, estilos de vida: dieta, ejercicio, hábitos, en un grupo de 50 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. La prevalencia de Hipertensión arterial en la población estudiada fue la siguiente: el 70% de las personas con hipertensión arterial son de sexo femenino, adultos medio 76%, el 56% del grupo estudiado tienen sobrepeso, el 50% realizan ejercicio

ocasional, 46% consumen alimentos ricos en grasa, 64% tenían el hábito de consumo de alcohol, el 30% fuma, el 72% tiene insomnio y el 40% tiene hipertensión estadio 1. Lo mencionado confirma que los estilos de vida guardan estrecha relación con la hipertensión arterial, se evidencia la necesidad de implementar medidas de prevención y promoción de la salud.

Escobar (2015), en su investigación estudio sobre “Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial”, Cuba. Siendo el objetivo identificar la influencia de determinados factores de riesgo en la aparición de infarto agudo de miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Método: se realizó un estudio analítico, de casos y controles, en pacientes afectados por infarto agudo de miocardio con diagnóstico de hipertensión arterial, que fueron ingresados en el hospital provincial Carlos Manuel de Céspedes, provincia Granma, entre el 1ro de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015, La muestra quedó constituida por 120 pacientes, seleccionados aleatoriamente en proporción (60 casos y 60 controles el análisis invariado mostró que la mayoría de los factores investigados constituyen riesgo para la aparición del infarto agudo de miocardio. Al evaluar el valor independiente de los distintos factores de riesgo sobre la ocurrencia de la enfermedad, se demostró que el riesgo de ocurrencia es 8,23 (IC 95%, p: 0.000) veces más al presentar grado muy severo de hipertensión, constituye el factor de riesgo de mayor peso, seguido de hipercolesterolemia y el tiempo de evolución mayor o igual a quince años, con probabilidad de aparición de 6.47 y 5.53, respectivamente, ambos con IC 95%, p: 0.000. Conclusiones: se concluye que los valores obtenidos en el modelo de regresión logística para los factores de riesgo de influencia independiente en la aparición de la enfermedad en pacientes hipertensos muestran la probabilidad de desarrollarla.

Pañi (2014), en su investigación “Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey,

Cuenca, 2014”, Cuenca - Ecuador. El objetivo fue identificar los estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey. La metodología fue de tipo descriptiva cuantitativo, la muestra estuvo conformado por 120 personas adultas mayores, la técnica utilizada en la recolección de datos fue a través de una encuesta. Los resultados son: 40.54% de adultos presentan hipertensión arterial; 11.71% padecen de hipertensión arterial y diabetes; 34.23% su edad comprende entre 81 y 90 años y son del Azuay. El 66.7% son mujeres; 54.95% realizan actividades a veces como paseos, manualidades y bailes; 22.52% no realizan ninguna actividad por discapacidad física y 22.52% siempre realiza actividades de baile, paseos y manualidades. Concluyendo que los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilo de vida inadecuado.

Garrido et al. (2013), en su investigación “Control del hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el programa de salud Cardiovascular”, Santiago de Chile-Chile. El objetivo del estudio fue evaluar características sociodemográficas Clínicas, antropométricas, psicosociales y de estilos de vida y en la influencia de estos factores en el control de Presión Arterial. La metodología utilizada fue de corte transversal, se seleccionó una muestra aleatoria de 525 sujetos (380 mujeres), a partir de un universo de 1.533 hipertensos (1.079 mujeres) entre 30 a 68 años atendidos en el PSCV en dos centros de APS. Los resultados obtenidos fue el 47% de los pacientes logró una presión Arterial controlada ($< 140/90$ mmhg) los factores predictores significativas de Presión Arterial no controlada fueron baja educación, inadecuada relación médico a paciente y alto nivel de estrés emocional depresión. Conclusiones: El PSCV ha logrado un avance importante en el control de la PA resaltando la influencia significativa de factores psicosociales. Sin embargo, es preocupante la alta proporción de hipertensos diabéticos, su inferior control de PA, y la limitada captación de hombres al programa.

2.3.- Marco Conceptual

Actividad Física: Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Actividad física. Cuando se realiza de forma regular contribuya a disminuir la HTA, aunque señalan que existen múltiples estudios que apuntan en este sentido. (Willmore y Costill, 2014).

Activo: Toda persona que realiza actividad física todos los días de la semana 60 minutos. (Manzur, 2010).

Alimentación Balanceada: La alimentación balanceada significa ingerir todos los alimentos necesarios para estar sano y bien nutrido pero de forma equilibrada, lo que implica comer porciones adecuadas a la estatura y contextura propia. (Willmore y Costill, 2014).

Alimentación: La alimentación es la acción y el efecto de alimentarse, según lo define la real academia española. (Sanitas, 2017)

Asintomático: es un término que se utiliza en la medicina para nombrar a algo o alguien que no presenta síntomas de enfermedad (Willmore y Costill, 2014).

Autocuidado: se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. (Manzur, 2010).

Cardiovascular: se refiere al corazón (Cardio) y a los vasos sanguíneos (vascular) (Mercola, 2018)

Complicaciones: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. (Reyes, 2013)

Cribaje: consiste en la aplicación de pruebas sencillas para detectar de forma precoz enfermedades o alteraciones en personas asintomáticas o aparentemente sanas. (Mercola, 2018)

Dieta: Mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo consume. Su composición depende de la disponibilidad de los alimentos, su costo, los hábitos alimentarios y el valor cultural de los alimentos. (Mercola, 2018)

Ejercicio físico: Es una subcategoría de la actividad física que se define como una actividad física planeada, estructurada y repetitiva cuyo objetivo es mejorar uno o más componentes de la forma física. (Willmore y Costill, 2014).

Endógenos: referencia a algo que se origina o nace en el interior, o que se origina en virtud de causas internas. (Willmore y Costill, 2014).

Estilos de vida: También denominado hábito o forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. (Torroella, 2007).

Exógenos: el término hace referencia a algo que se genera o se forma en el exterior, o en virtud de causas externas. (Pañi, 2014)

Hábitos Alimentarios: Son la selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales. (Torroella, 2007).

Hipertensión Arterial: La hipertensión (también conocida como presión arterial alta) es una afección grave que ocurre cuando la presión de la sangre es mayor de lo que debería ser. Cualquier persona puede desarrollar hipertensión arterial, sin embargo, es más común a medida que se envejece. (Formed, 2017)

Obesidad: Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo. (Torroella, 2007).

Prevención: Prevención significa acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc. (Reyes, 2013)

Salud: Se define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas. (Reyes, 2013)

Sedentario: Persona que en su tiempo libre no haya realizado actividad física. También denominado hábito o forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. (Torroella, 2007).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Existe relación significativa entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima, 2018.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

Existe relación significativa entre los estilos de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima, 2018.

Existe relación significativa entre los estilos de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del hospital metropolitano, Lima, 2018.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable Independiente (x) Estilos de vida.

Variable Dependiente (y) Prevención de complicaciones

3.2.2.- Definición Conceptual de Variables

Variable Independiente (x) Estilos de Vida.

Son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. Por lo tanto, el estado de salud, suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida en relación a los hábitos, costumbres, modas y valores que inducen a enfermar o a la progresión de la enfermedad. (Tejada, 2011)

Variable Dependiente (y) Prevención de Complicaciones

Es un conjunto de procedimientos y medidas que se aplican para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud. (Salud, 2018)

3.2.3.- Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Independiente: Estilos de vida	Alimentación	-Consumo de alimentos procesados - Consumo de frutas - Consumo de verduras -Consumo de carnes -Consumo golosinas - Consumo de sal -Tipo de alimentación
	Actividad Física	- Deporte: caminata, trote, aeróbicos, bicicleta, natación, baile
Dependiente: Prevención de Complicaciones	Vasculares	-Control de la Presión Arterial -Control de colesterol -Control de glucosa -Control de ingesta de alcohol -Control del consumo de tabaco -Control médico selectivo
	Renales	-Ingesta de líquidos -ingesta de alimentos ricos en potasio -Ingesta de grasas poliinsaturadas -control de índice de proteinuria /creatinina -dieta hipocalórica

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y Nivel de Investigación

La presente investigación debido a el enfoque que se le dio es de tipo cuantitativa. Cuyo propósito es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Este tipo de investigación trabaja fundamentalmente con el número, el dato cuantificable y es estadísticamente procesable. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El presente trabajo de investigación respondió a un nivel descriptivo, ya que su objetivo lleva a indagar y presentar la situación del estado o momento actual del fenómeno en estudio, con las características que presenta y se desarrolla. (Sánchez y Reyes, 2006).

4.2.- Descripción del Método y Diseño

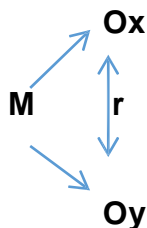
Método:

Descriptivo, el mismo que “consiste en describir, analizar y e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos o fenómenos y sus variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente” (Sánchez y Reyes, p. 50).

Diseño:

Correlacional por cuanto está interesado en la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados (Sánchez y Reyes, 2006).

Expresado de la Siguiete Forma:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = Estilos de Vida.

O_y = Prevención de las Complicaciones.

r = Relación Entre las dos Variables.

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

Población: La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que son atendidos en la unidad del servicio de Post Intervencionismo y son registrados en el cuaderno estadístico del servicio de Hemodinamia del hospital metropolitano, ubicado en el distrito de Jesús María.

Muestra: Por ser una población censal se tomó a toda la población de estudio.

$$N = 80$$

4.4.- Consideraciones Éticas.

En el desarrollo de la investigación, específicamente en el trabajo de campo, se solicitará el consentimiento informado a cada uno de los pacientes atendidos para que acepten o no ser participantes del trabajo de investigación. Tal consentimiento informado, asimismo, compromete a la profesional investigadora a cumplir con los principios bioéticos que rigen el ejercicio de la carrera de enfermería, y que corresponden al cumplimiento de los objetivos establecidos

Principio de Respeto

Los datos recolectados a los pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial que se atiendan en el hospital metropolitano de Lima. Fueron recolectados previa autorización. La información conseguida fue empleada estrictamente para fines de la investigación y respetando la intimidad de los encuestados.

Principio de Veracidad

Los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que asisten al hospital metropolitano respondieron a cada pregunta con la verdad. La información obtenida no fue objeto de manipulación.

Principio de Autonomía

Se pidió el consentimiento informado a los encuestados y se respetó su decisión de participación. Se mantuvo la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos.

Principio de Confidencialidad

Se les indico que no se iba a revelar su identidad y que la información obtenida sería utilizada únicamente para fines del estudio.

Principio de la no Maleficencia

A través de la presente investigación se deberá prevenir el daño físico, moral, social y psicológico de los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta y la observación que según (Hernández, et. al, 2014), son técnicas para definir los puntos clave de las variables y poder medirlas.

5.1.2 Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario con preguntas cerradas que permitió la recolección de datos información que es necesario para la resolución de la problemática definida y así lograr los objetivos formulados previo consentimiento firmado y fue validado por los jueces expertos conformado por profesionales Lic. Enfermeras y por el estadístico Alfa.

En cuanto a la variable estilos de vida se trabajó con 15 ítems y los siguientes rangos:

Bueno	(35-45)
Regular	(25-34)
Malo	(15-24)

En cuanto a la variable prevención de complicaciones se trabajó con 12 ítems y los siguientes rangos:

Bueno	(28-36)
Regular	(20-27)
Malo	(12-19)

Procedimiento:

1. Se procedió con la encuesta correspondiente a los pacientes con toda la información del caso.
2. Luego se obtuvo el consentimiento
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionaron tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

5.2.- Plan de Recolección de Datos, Procesamiento y Presentación de Datos

Se realizó el trámite administrativo correspondiente mediante un oficio dirigido al comité de investigación del servicio de post intervencionismo, para obtener el permiso para la ejecución del mismo, Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el departamento de enfermería y la jefa del servicio de pre y post intervencionismo, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de 20 minutos por entrevistado

Procesamiento de Información:

Una vez finalizado la aplicación de los instrumentos se elaboró minuciosamente una base de datos en el programa de SPSS.²³, luego se confeccionó los cuadros y gráficos correspondientes en los programas Microsoft Office Word 2013 y Microsoft Office Excel 2013 según corresponda. Se realizó el análisis estadístico a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, Análisis e Interpretación de Datos

6.1.1. Análisis Descriptivo de las Variables y Dimensiones

Tabla 1

Distribución de datos según la variable estilos de vida

Niveles	f	%
Bueno	28	35.00
Regular	35	43.75
Malo	17	21.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

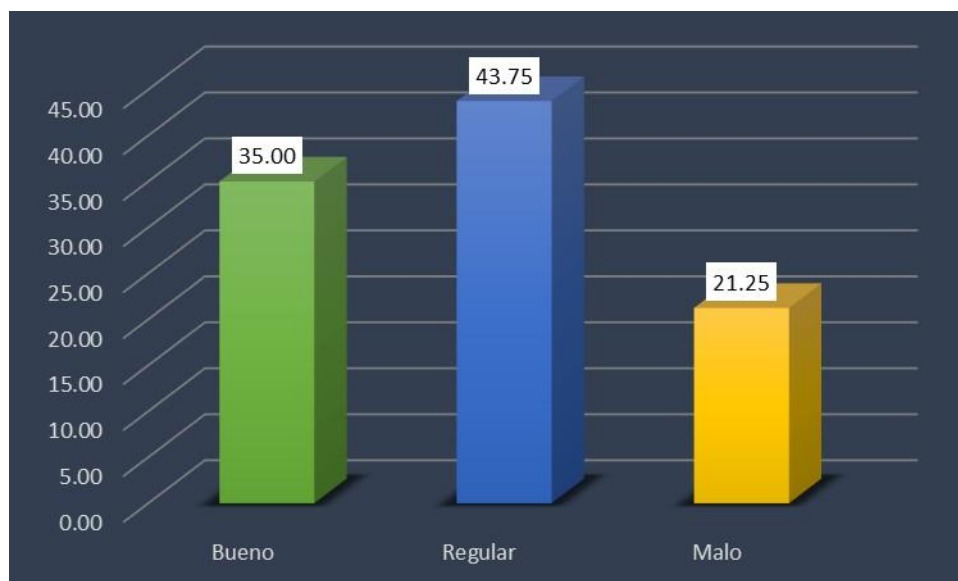


Figura 1: Datos según la variable estilos de vida

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 35.00% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la variable estilos de vida, el 43.75% presentan un nivel regular y un 21.25% un nivel malo.

Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión alimentación

Niveles	f	%
Bueno	25	31.25
Regular	34	42.50
Malo	21	26.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

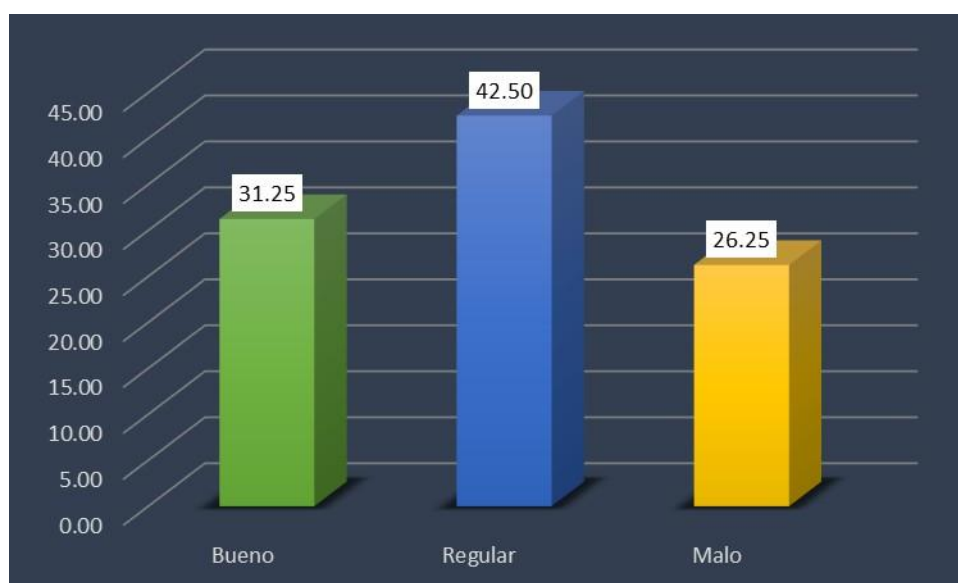


Figura 2: Datos según la dimensión alimentación

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 31.25% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión alimentación, el 42.50% presentan un nivel regular y un 26.25% un nivel malo.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión actividad física

Niveles	f	%
Bueno	32	40.00
Regular	29	36.25
Malo	19	23.75
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

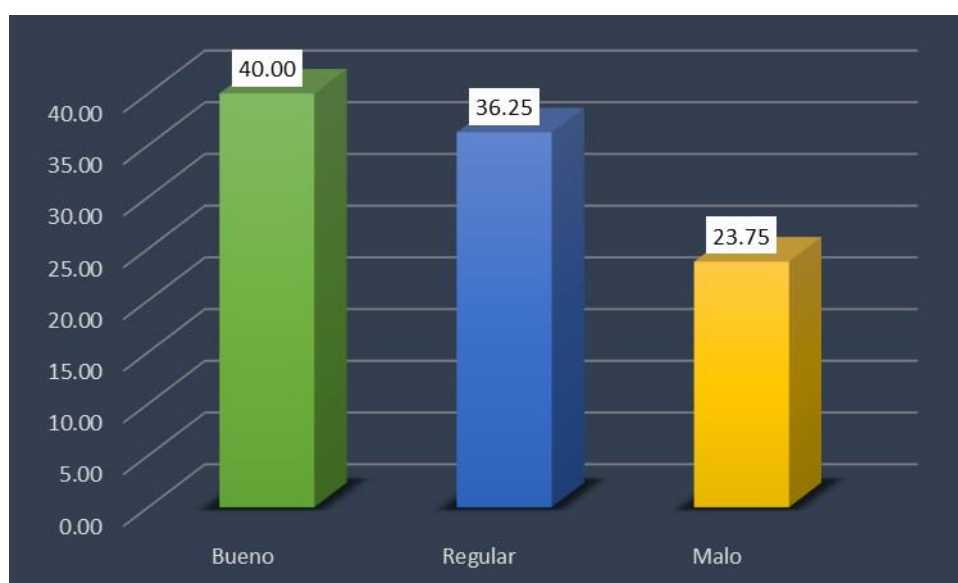


Figura 3: Datos según la dimensión actividad física

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 40.00% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión actividad física, el 36.25% presentan un nivel regular y un 23.75% un nivel malo.

Tabla 4

Distribución de datos según la variable prevención de complicaciones

Niveles	f	%
Bueno	21	26.25
Regular	40	50.00
Malo	19	23.75
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

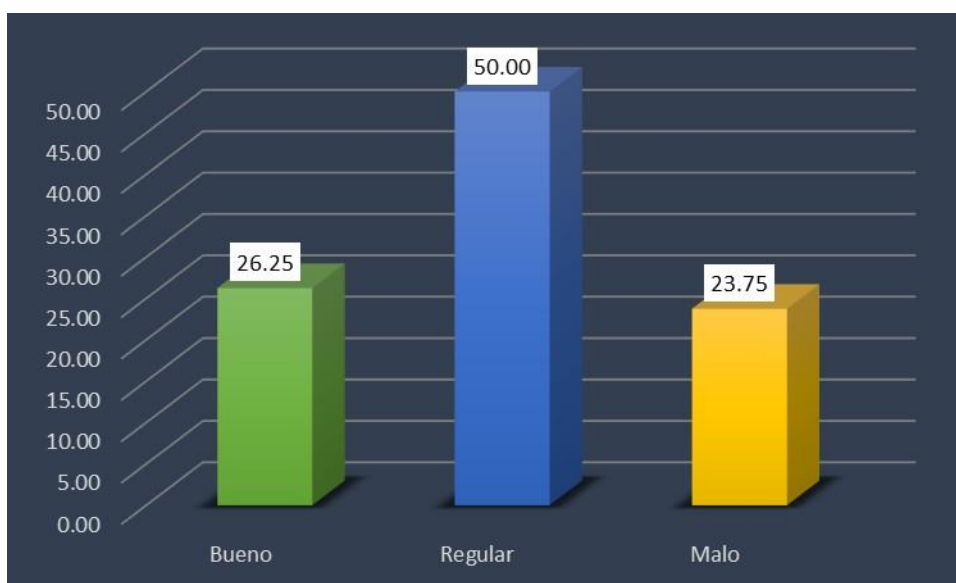


Figura 4: Datos según la variable prevención de complicaciones

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 26.25% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la variable prevención de complicaciones, el 50.00% presentan un nivel regular y un 23.75% un nivel malo.

Tabla 5

Distribución de datos según la dimensión vasculares

Niveles	f	%
Bueno	25	31.25
Regular	35	43.75
Malo	20	25.00
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

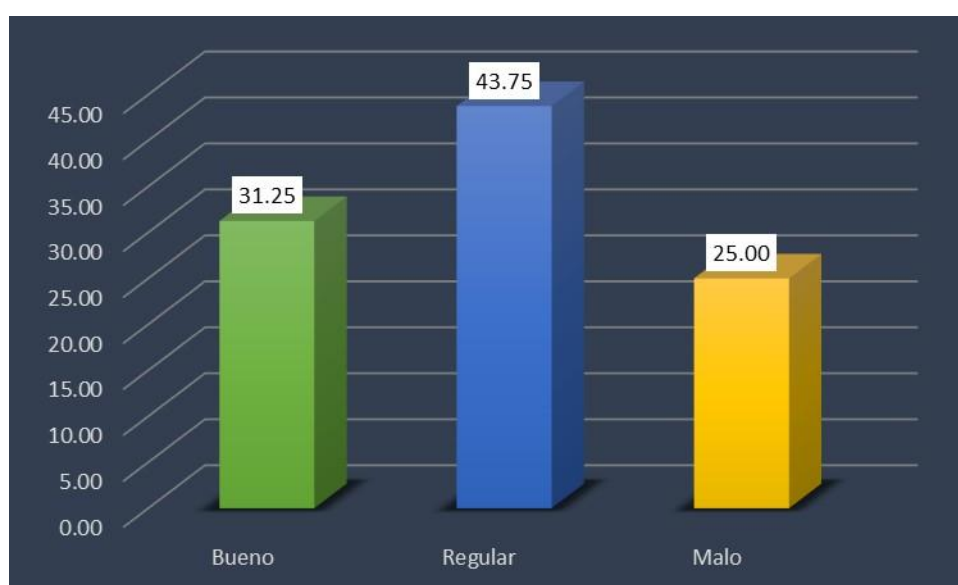


Figura 5: Datos según la dimensión vasculares

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 31.25% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la prevención de complicaciones vasculares, el 43.75% presentan un nivel regular y un 25.00% un nivel malo.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión renales

Niveles	f	%
Bueno	18	22.50
Regular	45	56.25
Malo	17	21.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

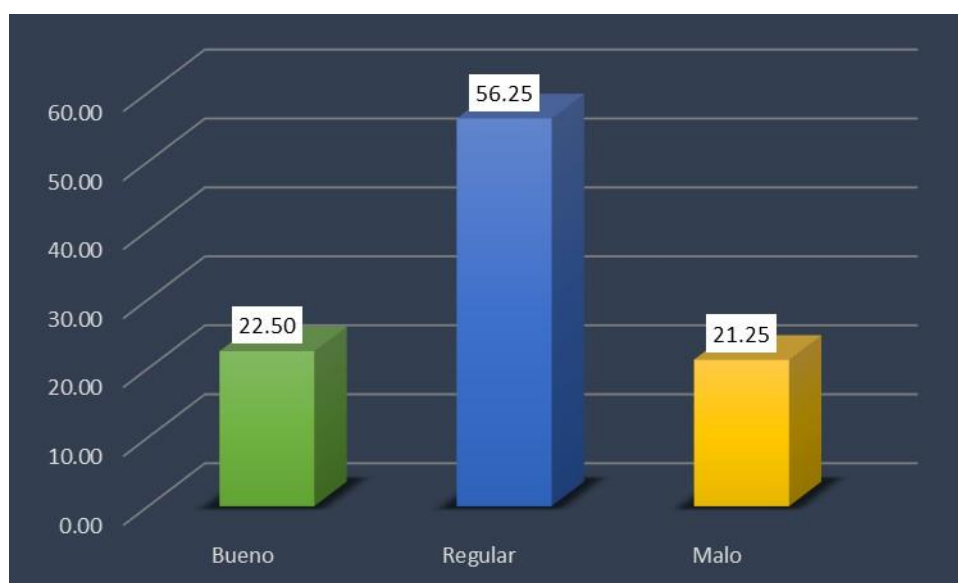


Figura 6: Datos según la dimensión renales

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 22.50% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la prevención de complicaciones renales, el 56.25% presentan un nivel regular y un 21.25% un nivel malo.

Contrastación de las Hipótesis

Hipótesis Principal

Ha: Existe relación significativa entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

H0: No existe relación significativa entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

Tabla 7

Prueba de correlación según Spearman entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial

		Estilos de vida	Prevención de Complicaciones
Rho de Spearman	Estilos de vida	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,662**
		N	,001
			80
	Prevención de complicaciones	Coeficiente de correlación	,662**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,001
			80

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 7 la variable estilos de vida está relacionada directa y positivamente con la variable prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.662 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el

0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

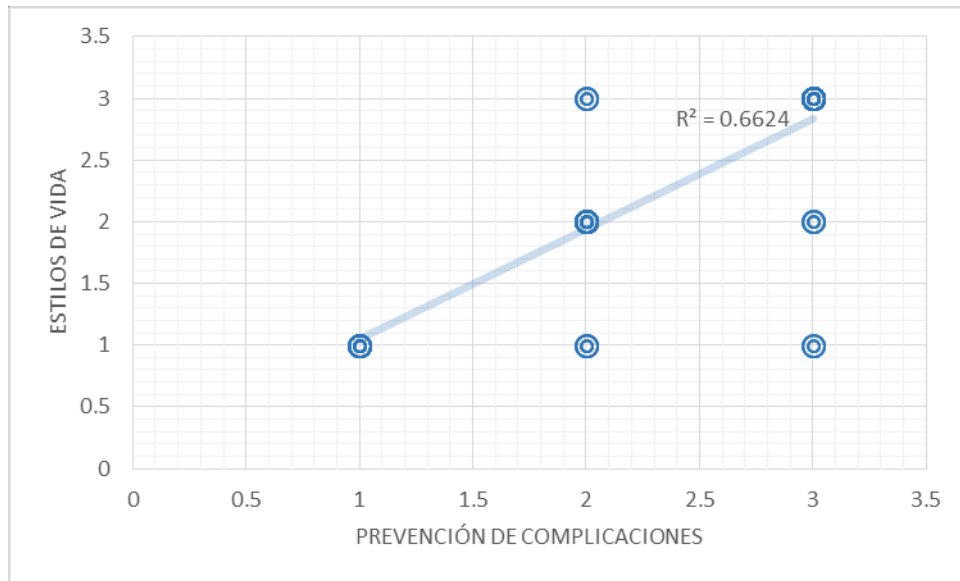


Figura 7: Dispersión de datos de la variable estilos de vida y prevención de complicaciones

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable estilos de vida y prevención de complicaciones, lo cual significa que a medida que la puntuación de la variable estilos de vida se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable prevención de complicaciones, de manera proporcional.

Hipótesis Específica 1

Ha: Existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

H0: No existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

Tabla 8

Prueba de correlación según Spearman entre la alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial

		Alimentació n	Prevención de complicaciones
Rho de Spearman	Alimentación	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,681**
		N	,001
			80
	Prevención de	Coeficiente de correlación	,681**
	complicaciones	Sig. (bilateral)	1,000
			,001
		N	.
			80

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 8 la dimensión alimentación está relacionada directa y positivamente con la variable prevención de complicaciones, según la correlación de Spearman de 0.681 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

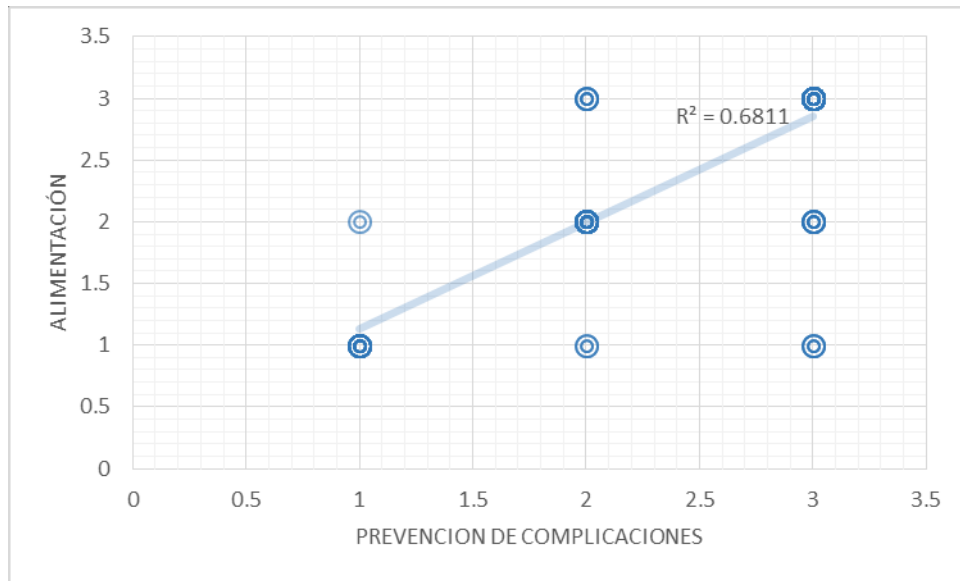


Figura 8: Dispersión de datos de la alimentación y la prevención de complicaciones

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión alimentación y prevención de complicaciones, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión alimentación se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable prevención de complicaciones, de manera proporcional.

Hipótesis Específica 2

Ha: Existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

H0: No existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.

Tabla 9

Prueba de correlación según Spearman entre la actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial

		Actividad física	Prevención de complicaciones
Rho de Spearman	Actividad física	Coeficiente de correlación	,670**
		Sig. (bilateral)	,001
	Prevención de complicaciones	N	80
		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	80

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la dimensión actividad física está relacionada directa y positivamente con la variable prevención de complicaciones, según la correlación de Spearman de 0.670 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

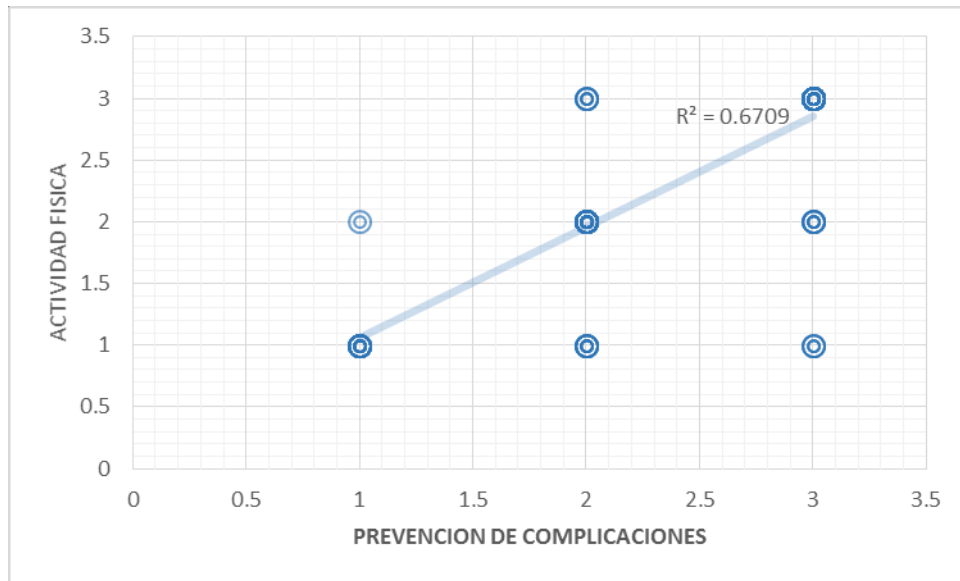


Figura 9: Dispersión de datos de la dimensión actividad física y la prevención de complicaciones

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión actividad física y prevención de complicaciones, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión actividad física se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable prevención de complicaciones, de manera proporcional.

6.2.- Discusión

A través de los resultados obtenidos se pudo observar el 35.00% de los encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la variable estilos de vida, el 43.75% presentan un nivel regular y un 21.25% un nivel malo. Así mismo en cuanto a la variable prevención de complicaciones, hay una predominancia del 50.00% que se encuentra en nivel regular. Y con respecto a la comprobación de la hipótesis se muestra en la tabla 7 que la variable estilos de vida está relacionada directa y positivamente con la variable prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.662 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Cáceres (2016), acerca de los “Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield”. Lima – Perú. En la cual se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo, el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios. Existiendo una discrepancia respecto a la dimensión alimentación en los pacientes ya en la investigación del autor evidencian una buena alimentación con excepción de la sal lo que en cambio en la presente se obtiene un nivel regular en cuanto alimentación quedando claro que hay que reforzar este punto pero a su vez existe una concordancia respecto a la actividad física, que en la investigación discutida se observa que la mayoría realiza ejercicio o alguna actividad como lo hace la muestra de la presente investigación con un nivel regular con un porcentaje mayor a la alimentación.

Así mismo en el estudio realizado por Zela y Mamani (2015), acerca de “Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015”. Juliaca-Perú. En la cual se obtuvo que el 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21.4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57.3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6 % saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable. En conclusión, al aplicar la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una moderada correlación indirecta ($\rho = -.408$) y significativa ($\text{Sig.} = .000$); es decir, a mejor estilo de vida menor grado de hipertensión arterial. Existiendo una concordancia con el presente estudio que se encontró una correlación significativa, aunque en este caso una directa, solo reafirmando que un estilo de vida saludable mejorar el diagnóstico de la Hipertensión Arterial.

En otro estudio realizado por Velásquez (2014), acerca de los “estilos de vida y estado nutricional del adulto Mayor”, Chimbote-Perú. Se concluyó que más de la mitad de los adultos mayores del pueblo joven 2 de mayo, presentan un estilo de vida no saludable. En relación al estado nutricional de los adultos mayores en el pueblo joven 2 de mayo, encontramos que, la mayoría presentan un estado nutricional normal, seguido de un porcentaje significativo de más de delgadez y una mínima parte con sobrepeso. No hay relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor en el pueblo joven 2 de mayo del distrito de Chimbote. Al aplicar la prueba del Chi

Cuadrado. Existiendo una discrepancia respecto a la variable estilos de vida en dicho estudio, ya que en la presente obtuvo un nivel regular es decir que solo falta un reforzamiento en los conocimientos de los pacientes y un pequeño cambio en sus actitudes así mismo existe la discrepancia que en la investigación del autor no encontró relación estadística lo cual si se hizo en la presente investigación.

6.3.- Conclusiones

Primera: Existe una correlación directa y positivamente entre la variable estilos de vida y la variable prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.662. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula, teniendo un resultado moderado.

Segunda: existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión alimentación y la variable prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.681. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula, teniendo un resultado moderado.

Tercera: existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión actividad física y la variable prevención de complicaciones según la correlación de Spearman de 0.670. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula, teniendo un resultado moderado.

6.4.- Recomendaciones

Primera: Al Director del Hospital metropolitano autorizar al jefe del departamento de enfermería y el mismo al profesional de enfermería del servicio de pre y post intervencionismo a Elaborar un programa de educación continua para los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial donde se realicen talleres y charlas informativas sobre los beneficios de llevar estilo de vida saludable.

Segunda: Al jefe del departamento de enfermería y el mismo al profesional de enfermería del servicio de pre y post intervencionismo a tomar medidas en cuanto a la alimentación para que el paciente con diagnóstico de hipertensión arterial cambie su estilo de vida. Y así reducir la presión arterial. Restringiendo el consumo de sal, modificación de dieta diaria con ayuda del nutricionista

Tercero: Al profesional de enfermería del servicio de pre y post intervencionismo a Organizar talleres, para la actividad física, caminatas grupales, paseos en bicicletas, aeróbicos, con el fin de motivar al paciente y se sienta atraído, previa charla sobre el beneficio para su salud, reforzando e influenciando su decisión a participar de dichas actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, G. (2013). Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima, Perú.
- Arredondo, H. (2004). Características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas 2004. Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima, Perú.
- Cáceres, J. (2016). Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield. Lima – Perú.
- Carretero, M. (2002). La hipertensión arterial, factor de riesgo de la cardiopatía isquémica.
- Castells, E. (2017). Hipertensión arterial. España.
- Clinic, M. (2016). Estilo de vida saludable.
- Delgado, A., Pezo, M., y Espinoza, E. (2012). Estrés y estilos de vida condicionantes de enfermedad cardiovascular en estudiantes de la UNSAAC.
- Escobar, P. (2015). Factores de riesgo de infarto agudo de miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, Cuba.
- Fanarraga, J. (2013). Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, Lima –Perú.
- Frenk, j. (2002). Guía técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial.
- Garrido, J.; Chacón, J.; Sandoval, D.; Muñoz, R.; Oyarzún, E.; Ahlers, I. y Romero, T. (2013). Control del hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el programa de salud Cardiovascular, Santiago de Chile-Chile.
- Geosalud. (2018). Hipertensión arterial en el paciente diabético. <https://www.geosalud.com/>.

- Gordon y Gualotuña (2015). Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud Tipo A Pujilí en el periodo julio-diciembre 2014, Quito-Ecuador.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de Investigación. Quinta edición. . México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- INEI (2016) "Papel del adulto mayor en la sociedad. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú.
- Leyva, J. (2017). Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el Consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra, 2017, Lima-Perú.
- López, A. (2006). Documento de apoyo a las actividades. Serie: documentos técnicos, 49.
- Lozano, A. (2001). Hipertensión arterial. Farmacoterapia, 86.
- Manzur, j. (2010). Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos en el primer nivel de atención.
- Maya, L. (2014) Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Colombia;
- Mercola, J. (2018). La Asociación Americana del Corazón se Vuelve Obsoleta y Da Un Consejo Alimenticio de los Años 60 Que fue Refutado Hace Mucho Tiempo.
- Mori, R. (2015). Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Diagnóstico, p.183.
- National Kidney Foundation (2007). Hipertensión e insuficiencia renal crónica.
- OMG. (2013). Información general sobre HTA en el mundo. Organización Mundial De la Salud.
- OMS. (2018). Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud.
- Orosco, R. (2015). Enfermedad cardiovascular (ECV) en la enfermedad renal crónica (ERC). Rev.med.clin.condes-2015,26(2)142-155.
- Pañi, D. (2014). Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2014, Cuenca - Ecuador.
- Pupiales, A. (2012). Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a

- hemodiálisis regular. Tesis para optar el título de Médico. Ambato-Ecuador. Universidad Técnica de Ambato.
- Rodríguez, L. (2016). Objetivo lipídico en las guías de prevención cardiovascular ESC. <https://secardiologia.es/>.
- Rolón, M. (2015). Técnica en nutrición deportiva.
- Salud, C. (2018). Prevención – definiciones. Universidad de Tualipa
- Tango, D. (2016). Realidades acerca de las grasas poliinsaturadas. <https://medlineplus.gov/spanish/medlineplus.html>.
- Tejada, J. (2011) “Situación de un Problema de Salud por Marc Lalonde”. España: Monografias.com, 1997.
- Toledo, I. (2013). La importancia del control de líquidos. <https://www.friat.es/>.
- Torroella, G. (2007). Cómo mantenerse en forma en la tercera edad. Disponible en: <http://www.saludparalavida.sld.cu/index.php> [30 May 2008]
- Velásquez, A. (2014). Estilos de vida y estado nutricional del adulto Mayor, Chimbote-Perú.
- Vicco, M.; César, L., Cánaves, C., & Musacchio, H. (2011). “Prevención de Hipertensión Arterial Esencial y Diabetes tipo 2.”
- Zela, L. y Mamani, W. (2015), Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015. Juliaca-Perú.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL METROPOLITANO, LIMA METROPOLITANA, 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>Problema general: ¿Qué relación existe entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre el estilo de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018?</p> <p>¿Qué relación existe entre el estilo de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018.</p> <p>Objetivos específicos Identificar la relación que existe entre el estilo de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018.</p> <p>Establecer la relación que existe entre el estilo de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima 2018.</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación significativa entre los estilos de vida y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión alimentación y la prevención de complicaciones del paciente con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.</p> <p>Existe relación significativa entre el estilo de vida en su dimensión actividad física y la prevención de complicaciones en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital metropolitano, Lima, 2018.</p>	<p>Independiente: Estilos de vida</p> <p>Dependiente: Prevención de complicaciones</p>	<p>Alimentación</p> <p>Actividad física</p> <p>Vasculares</p> <p>Renales</p>	<p>-Consumo de alimentos procesados - Consumo de frutas - Consumo de verduras -Consumo de carnes -Consumo golosinas - Consumo de sal -Tipo de alimentación</p> <p>- Deporte: caminata, trote, aeróbicos, bicicleta, natación, baile.</p> <p>-Control de la PA -Control de colesterol -Control de glucosa -Control de ingesta de alcohol -Control del consumo de tabaco -Control médico selectivo</p> <p>-Ingesta de líquidos -ingesta de alimentos ricos en potasio -Ingesta de grasas poliinsaturadas -control de índice de proteinuria /creatinina -dieta hipocalórica</p>	<p>Tipo: Cuantitativo. Nivel: Descriptivo. Método: Descriptivo. Diseño: Descriptivo correlacional.</p> <p>Población: Estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que son atendidos en la unidad de Post Intervencionismo del Servicio de Hemodinamia del Instituto Nacional Cardiovascular EsSalud, ubicado en el distrito de Jesús María.</p> <p>Muestra: En cuanto a la muestra, se tomó en cuenta la técnica censal, mediante la cual participarán los 80 pacientes que formen parte de la población de estudio anteriormente descrita.</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p>

Anexo 02: Base de datos de la variable estilos de Vida

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15
1	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
2	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
3	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
4	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
5	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
6	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
7	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
8	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
9	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
10	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
11	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
12	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
13	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
14	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
15	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
16	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
17	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
18	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3
19	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
20	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
21	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3

22	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
23	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
24	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
25	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
26	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
27	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
28	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
29	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
30	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
31	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
32	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
33	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
34	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
35	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
36	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
37	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
38	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
39	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
40	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3
41	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
42	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
43	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3
44	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
45	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
46	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
47	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
48	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2

49	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
50	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
51	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
52	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
53	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
54	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
55	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
56	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
57	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
58	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
59	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
60	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
61	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
62	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3
63	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
64	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
65	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	3
66	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	1	3	3
67	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
68	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
69	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
70	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
71	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
72	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3
73	3	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3
74	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	3
75	1	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	1	2	3

76	1	3	2	3	1	1	3	2	3	3	3	3	1	3	2
77	1	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3
78	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	3	3	2	2
79	1	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3
80	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3

Base de datos de la variable prevención de complicaciones

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12
1	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
2	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
3	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
4	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
5	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
6	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
7	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
8	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
9	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
10	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
11	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
12	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
13	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
14	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
15	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
16	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
17	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
18	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2
19	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
20	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
21	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2

22	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
23	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
24	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
25	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
26	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
27	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
28	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
29	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
30	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
31	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
32	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
33	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
34	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
35	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
36	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
37	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
38	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
39	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
40	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2
41	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
42	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
43	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2
44	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
45	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
46	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
47	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
48	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1

49	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
50	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
51	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
52	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
53	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
54	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
55	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
56	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
57	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
58	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
59	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
60	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
61	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
62	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2
63	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
64	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
65	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	3	2
66	1	3	3	2	1	1	3	3	1	3	3	1
67	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
68	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
69	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
70	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
71	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
72	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1
73	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1
74	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	3	2
75	1	2	2	2	1	1	1	3	1	2	3	1

76	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3	2	1
77	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	1
78	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1
79	1	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	1
80	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	1

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por bachiller de la Universidad UIGV. El tema de este estudio.

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la investigadora. He sido informado (a) de la meta de este estudio

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Anexo 03: Instrumentos

Estilos de Vida y Prevención de Complicaciones en Pacientes con Hipertensión Arterial, Hospital metropolitano, Lima, 2018

INTRODUCCIÓN

Buenos días/ tardes, estimado Paciente: Le invitó a participar de una encuesta confidencial, el presente cuestionario tiene como objetivo conocer los estilos de vida en cuanto a su alimentación y actividad física.

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará una serie de enunciados, por favor responda marcando con un ASPA (X).

I.-Datos Generales:

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____

II.-Datos Específicos de la Variable Estilos de Vida

N	ALIMENTACIÓN	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	¿Ud. Cree que se alimenta correctamente?			
2	¿Ud. Consume frutas?			
3	¿Ud. consume verduras?			
4	¿Suele tomar más de tres litros de agua al día?			
5	¿Ud. Consume pescado?			
6	¿Ud. Consume alimentos ricos en fibras?			
7	¿Ud. consume con frecuencia alientos procesados?			
8	¿Ud. Consume con frecuencia bebidas gaseosas?			
9	¿Ud. Consume con frecuencia			

	alimentos salados?			
10	¿Ud. Consume con frecuencia chocolates y caramelos?			
	ACTIVIDAD FISICA			
11	¿Ud. Realiza actividad física con regularidad?			
12	¿Ud. camina.... ¿Metros al día o semana?			
13	¿Ud., sale a correr más de una vez por semana?			
14	¿Ud. Suele usar la bicicleta para recrear o movilizarse?			
15	¿Ud. suele dormir más de 8 horas al día?			

III.-Datos Específicos de la Variable prevención de complicaciones

	VASCULARES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	¿Ud. Controla su PA con regularidad?			
2	¿Ud. ¿Lleva un control de laboratorio para ver colesterol en sangre?			
3	¿Ud. lleva un control de su glucosa?			
4	¿Ud. consume alcohol?			
5	¿Ud. consume tabaco?			
6	¿Ud. Acude al médico para el control de la HTA?			
	RENALES			
7	¿Ud. ¿Lleva un control en la ingesta de líquidos?			
8	¿Ud. Consume potasio sea en suplemento o en alimentos?			

9	¿Ud. Consume grasas poliinsaturadas como almendras, nueces?			
10	Ud. Lleva un control de la cantidad de diuresis al día?			
11	Ud. ¿Lleva un control de laboratorio para ver su urea y creatinina?			
12	Ud. ¿Lleva un control de peso?			

Anexo 04: Confiabilidad de los Instrumentos

Variable independiente: Estilos de Vida

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	80	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	15

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,70	62,461	,596	,806
ITEM02	66,67	62,075	,675	,817
ITEM03	66,77	60,478	,603	,892
ITEM04	66,17	56,809	,494	,844
ITEM05	66,73	61,620	,564	,836
ITEM06	66,87	64,999	,459	,839
ITEM07	66,97	61,551	,592	,806
ITEM08	66,17	62,461	,556	,887
ITEM09	66,73	62,075	,504	,899
ITEM10	66,73	61,620	,564	,844
ITEM11	66,70	62,461	,596	,836
ITEM12	66,67	62,075	,675	,889
ITEM13	66,77	60,478	,603	,892
ITEM14	66,17	56,809	,494	,844
ITEM15	66,73	61,620	,564	,836

Variable dependiente: Prevención de complicaciones

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	80	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	12

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	68,53	49,533	,594	,802
ITEM02	68,13	49,533	,550	,897
ITEM03	68,07	49,340	,674	,895
ITEM04	68,27	49,202	,502	,785
ITEM05	68,70	48,217	,523	,798
ITEM06	68,83	49,661	,622	,785
ITEM07	68,13	49,533	,550	,896
ITEM08	68,07	49,340	,674	,780
ITEM09	68,07	49,340	,674	,895
ITEM10	68,27	49,202	,502	,785
ITEM11	68,70	48,217	,523	,798
ITEM12	68,47	49,568	,554	,896

Anexo 05: Datos Generales

Datos Demográficos

Distribución de datos según edad

Edad	f	%
31a 40 años	14	17.50
41 a 50 años	24	30.00
51 a mas	42	52.50
Total	80	100.00

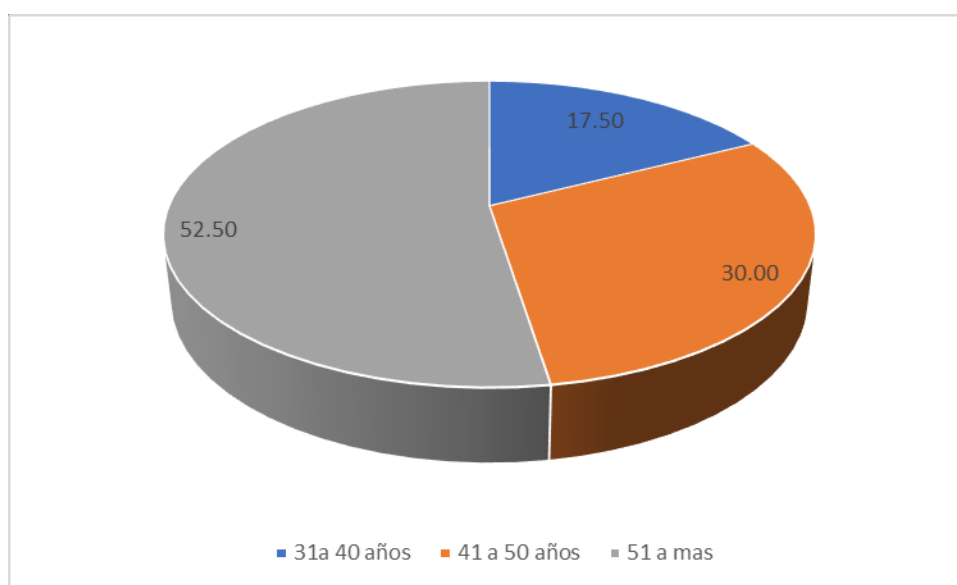
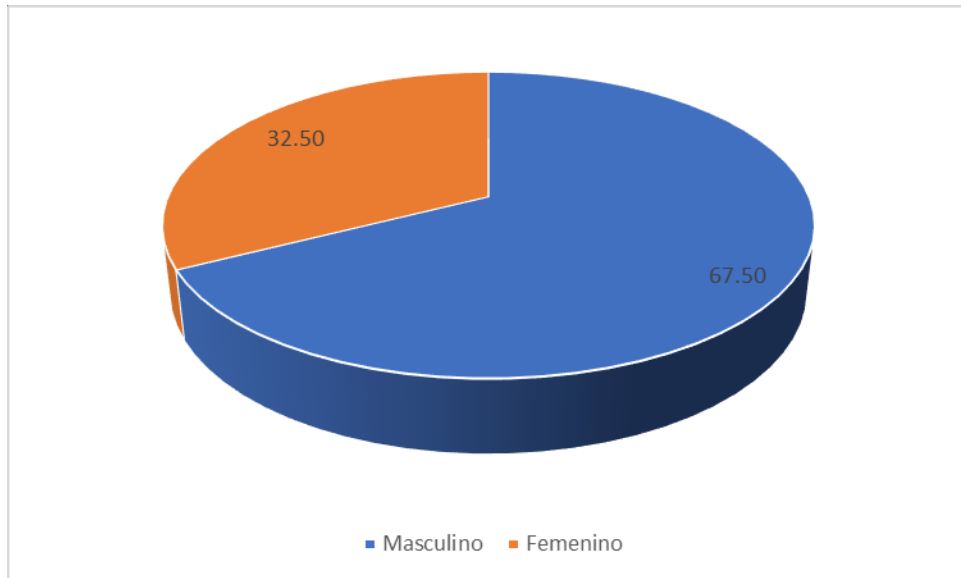


Figura 10: Datos según edad

Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 17.50% de los encuestados presentan un edad entre 31 a 40 años, el 30.00% presenta edades de 41 a 50 años y el 52.50% edades de 51 años a más.

Según sexo

Sexo	f	%
Masculino	54	67.50
Femenino	26	32.50
Total	80	100.00



Lo que observamos a través de los resultados obtenidos es que el 67.50% de los encuestados son del sexo masculino y un 32.50% del sexo femenino.



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE ENFERMERIA

Lima 23 de Marzo del 2018

Sr. Lic. Francis Turpo Sopa

Presente.

ASUNTO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO

Después de un cordial saludo, es grato dirigirnos a Ud. para presentarme como bachiller de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Actualmente me encuentro desarrollando la Tesis "

Por tal motivo, recurro a su persona para solicitar su opinión profesional con el fin de validar los instrumentos de nuestra investigación.

Agradeciendo anticipadamente su valioso aporte en función a su experiencia, le hacemos llegar los siguientes documentos:

1. Matriz de consistencia.
2. Hoja de validación del instrumento de medición.
3. Instrumento de investigación.

Atentamente.!

Rosa MARTHA TINTO CHURA
DNI 41128754


Lic. Francis M. Turpo Sopa
ENFERMERA
CER. 58343

Nombres y apellidos

Nº DNI: 41810820



UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

LIC.FRANCY TURPO SUPO

1.2 Cargo e institución donde labora:

LI.DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓		✓		
ÍTEM 2	✓		✓		
ÍTEM 3	✓		✓		
ÍTEM 4	✓		✓		
ÍTEM 5	✓		✓		
ÍTEM 6	✓		✓		
ÍTEM 7	✓		✓		
ÍTEM 8	✓		✓		
ÍTEM 9	✓		✓		
ÍTEM 10	✓		✓		
ÍTEM 11	✓		✓		
ÍTEM 12	✓		✓		
ÍTEM 13	✓		✓		
ÍTEM 14	✓		✓		
ÍTEM 15	✓		✓		
ÍTEM 16	✓		✓		
ÍTEM 17	✓		✓		
ÍTEM 18	✓		✓		
ÍTEM 19	✓		✓		
ÍTEM 20	✓		✓		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21	✓		✓		
ÍTEM 22	✓		✓		
ÍTEM 23	✓		✓		
ÍTEM 24	✓		✓		
ÍTEM 25	✓		✓		
ÍTEM 26	✓		✓		
ÍTEM 27	✓		✓		

Aportes y sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lima, 28 de Marzo del 2018.

Franco

Firma del informante
DNI N° 41810820



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

LIC.KARIN RIVAS COTRINA

1.2 Cargo e institución donde labora:

LI.DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES DE LOS PACTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓		✓		
ÍTEM 2	✓		✓		
ÍTEM 3	✓		✓		
ÍTEM 4	✓		✓		
ÍTEM 5	✓		✓		
ÍTEM 6	✓		✓		
ÍTEM 7	✓		✓		
ÍTEM 8	✓		✓		
ÍTEM 9	✓		✓		
ÍTEM 10	✓		✓		
ÍTEM 11	✓		✓		
ÍTEM 12	✓		✓		
ÍTEM 13	✓		✓		
ÍTEM 14	✓		✓		
ÍTEM 15	✓		✓		
ÍTEM 16	✓		✓		
ÍTEM 17	✓		✓		
ÍTEM 18	✓		✓		
ÍTEM 19	✓		✓		
ÍTEM 20	✓		✓		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21	✓		✓		
ÍTEM 22	✓		✓		
ÍTEM 23	✓		✓		
ÍTEM 24	✓		✓		
ÍTEM 25	✓		✓		
ÍTEM 26	✓		✓		
ÍTEM 27	✓		✓		

Aportes y sugerencias:

.....

.....GRACIAS.....

.....

.....

.....

.....

.....


 LUIS KAPIN RIVERA
 C.E.P. 36205
 Instituto Nacional de Cultura
 B.O.C. 17520000

Lima, 14 de Abril del 2018.

Firma del informante
 DNI N°



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

MOISES TORRES MEDINA

1.2 Cargo e institución donde labora:

U. DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARCERIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
ÍTEM	sí	NO	si	NO	
ÍTEM 1	X)	(
ÍTEM 2)	/	X		
ÍTEM 3	»	'	X		
ÍTEM 4	X		X		
ÍTEM 5	X		V		
ÍTEM 6	X		<e		
ÍTEM 7	X		X		
ÍTEM 8	>	('X		
ÍTEM 9	X		'x		
ÍTEM 10	X		X		
ÍTEM 11	.X.		7..		
ÍTEM 12	X		X		
ÍTEM 13	X		X		
ÍTEM 14	X)	(
ÍTEM 15)	<	X		
ÍTEM 16	X		Y.		
ÍTEM 17	X)	(
ÍTEM 18	»	'	X		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 19	X		X		
ÍTEM 20	X		X		
ÍTEM 21	X		X		
ÍTEM 22	X		X		
ÍTEM 23	X		X		
ÍTEM 24	X		X		
ÍTEM 25	X		X		
ÍTEM 26	X		X		
ÍTEM 27	X		X		

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 MOISES TORRES MEDINA
 Enfermera Especialista en
 Cardiología y Cardiovascular
 C.E.P. 50051

Lima, 12 de Marzo del 2018.

Firma del informante
 DNI N°



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

LIC.CARMEN CECILIA SOTO MOLTALVO

1.2 Cargo e institución donde labora:

U.DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓		X		
ÍTEM 2	X		X		
ÍTEM 3	✓		✓		
ÍTEM 4	✓		✓		
ÍTEM 5	✓		✓		
ÍTEM 6	✓		✓		
ÍTEM 7	✓		✓		
ÍTEM 8	✓		X		
ÍTEM 9	✓		✓		
ÍTEM 10	✓		✓		
ÍTEM 11	✓		✓		
ÍTEM 12	✓		✓		
ÍTEM 13	✓		X		
ÍTEM 14	✓		✓		
ÍTEM 15	✓		X		
ÍTEM 16	✓		✓		
ÍTEM 17	✓		✓		
ÍTEM 18	✓		X		
ÍTEM 19	✓		✓		
ÍTEM 20	✓		✓		



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

LIC.CARMEN CECILIA SOTO MOLTALVO

1.2 Cargo e institución donde labora:

LI.DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES DE LOS PACTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓		✓		
ÍTEM 2	✓		✓		
ÍTEM 3	✓		✓		
ÍTEM 4	✓		✓		
ÍTEM 5	✓		✓		
ÍTEM 6	✓		✓		
ÍTEM 7	✓		✓		
ÍTEM 8	✓		✓		
ÍTEM 9	✓		✓		
ÍTEM 10	✓		✓		
ÍTEM 11	✓		✓		
ÍTEM 12	✓		✓		
ÍTEM 13	✓		✓		
ÍTEM 14	✓		✓		
ÍTEM 15	✓		✓		
ÍTEM 16	✓		✓		
ÍTEM 17	✓		✓		
ÍTEM 18	✓		✓		
ÍTEM 19	✓		✓		
ÍTEM 20	✓		✓		

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21	X		X		
ÍTEM 22	X		X		
ÍTEM 23	X		X		
ÍTEM 24	X		X		
ÍTEM 25	X		X		
ÍTEM 26	X		X		
ÍTEM 27	X		X		

Aportes y sugerencias:

.....

.....GRACIAS.....

.....

.....

.....

.....

.....

Carmen Cecilia Soto Montalvo
 Licenciada en Enfermería
 C.E.P. 44387
 Instituto Nacional Cardiovascular
 INCOR-ESALUD

Lima, 28 de mayo del 2018

Firma del informante
 DNI N°



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

LIC. RODRIGUEZ ALFARO MIRIAN

1.2 Cargo e institución donde labora:

LI. DEL SERVICIO DE PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LOS PACTES CON HTA

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓		✓		
ÍTEM 2	✓		✓		
ÍTEM 3	✓		✓		
ÍTEM 4	✓		✓		
ÍTEM 5	✓		✓		
ÍTEM 6	✓		✓		
ÍTEM 7	✓		✓		
ÍTEM 8	✓		✓		
ÍTEM 9	✓		✓		
ÍTEM 10	✓		✓		
ÍTEM 11	✓		✓		
ÍTEM 12	✓		✓		
ÍTEM 13	✓		✓		
ÍTEM 14	✓		✓		
ÍTEM 15	✓		✓		
ÍTEM 16	✓		✓		
ÍTEM 17	✓		✓		
ÍTEM 18	✓		✓		
ÍTEM 19	✓		✓		
ÍTEM 20	✓		✓		

Nº DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 21	X		X		
ÍTEM 22	X		X		
ÍTEM 23	X		X		
ÍTEM 24	X		X		
ÍTEM 25	X		X		
ÍTEM 26	X		X		
ÍTEM 27	X		X		

Aportes y sugerencias:

.....

.....GRACIAS.....

.....

.....

.....

.....


 Lic. Miriam Rodríguez Alfaro
 Entrenadora

Lima, 5 de Mayo del 2018

Firma del informante
 DNI N°



IETSI
INSTITUTO
DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS
EN SALUD E
INVESTIGACIÓN

ANEXO 7

MODELO DE SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Ciudad, Lima

Dr. Mario La Torre Ortiz
Jefe de la IEAI del OD/OP

Presente. -

Asunto :Solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del Protocolo de investigación denominado "Estilos de vida y prevención de complicaciones de la HTA", por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación; así como la autorización respectiva de la Gerencia/Dirección.

Se trata de un estudio tipo (observacional/ensayo clínico), cuyo investigador principal pertenece al Departamento /Servicio de Enfermería de la OD/OP pre-post intervencional. El proyecto se llevará a cabo en Centro de investigación/ Departamento/Servicio de _____ del Hospital/EESS _____ de la Red Asistencial _____.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Tania Chirre Planter
Investigador Principal/ Patrocinador
DNI: 41128754





ANEXO 11

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

Gerente de la OD/OP

De nuestra consideración:

El Jefe del Departamento de Enfermería del Establecimiento de
Salud La Cruz de la Red Asistencial La Cruz
a la cual pertenece el (la) Dr(a) Dr. Rosa María Rodríguez
investigador principal del Protocolo Relación de estilos de vida y prevalencia de HTA
tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para la realización
del proyecto señalado previamente. Este proyecto deberá contar además con las
evaluaciones del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en
Investigación y la autorización correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
INCOINSA
Jefe del Departamento de
Enfermería
EsSalud

Firma, sello, nombre del Jefe de Departamento

